Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida

Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida

Suely Ferreira Deslandes

ISBN: 85-86156-03-5

Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica:
Angélica Mello

Capa:
Danowski Design

Ilustração da Capa:
A partir de desenho de Hans Arp, Torso holding a horse head by the reins, 1958. Foundation Arp, Clamart.

Revisão e Copidesque:
M. Cecilia G. B. Moreira e Janaina de Souza Silva

Catalogação-na-fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

D461f Deslandes, Sueli Ferreira
Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida./ Sueli Ferreira Deslandes. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.
196p., tab., graf. (Coleção Antropologia & Saúde,v.8)

1. Violência. 2. Serviço hospitalar. 3. Relações hospital-paciente. 4. Serviços médicos de emergência. 5. Vítimas de crime. 6. Ética médica.

CDD - 20.ed. – 362.18

2002
Editora Fiocruz
Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9007
http://www.fiocruz.br
e-mail: editora@fiocruz.br

Sumário

Apresentação

A violência ocupa diariamente as manchetes em todos os jornais. São assassinatos, escândalos econômicos, corrupções milionárias, mortes anônimas, chacinas com requintes de crueldade, compondo um trágico painel. Banalizada e constante, a violência tornou-se mercadoria para a mídia, os políticos e a 'indústria de segurança'. Muitas vezes é cruelmente 'útil' para que se vendam idéias de seletividade social e racial, para que se aprovem 'pacotes de segurança' e para que se tornem famosas propostas de lei com o objetivo de instituir medidas repressivas sob a alegação de resgate da ordem social. Todavia, não podemos sucumbir a um viés utilitarista. Ao mesmo tempo que ameaça e atemoriza, nutrindo o imaginário social de medo e fatalidade, a violência também desencadeia tolerância, movimentos de solidariedade e reivindicações em prol da ética e da valorização da vida.

Contudo, é fato que as diversas formas de violência (a rigor podemos somente falar de violências sob a forma de plural, exigindo-se a especificidade de cada contexto) produzem milhares de vítimas ano a ano em nosso país. Portanto, este problema também afeta diretamente o campo da saúde, seja pelo elevadíssimo número de mortes que provoca, seja pelas inúmeras vítimas que vão constituir uma demanda imediata e complexa de cuidados médicos, psicológicos e de reabilitação.

Além da ação médica, espera-se do setor saúde uma atuação mais ampliada, como sujeito da luta por cidadania e qualidade de vida dos indivíduos e populações. Mas como o setor saúde e seus agentes têm enfrentado o problema da violência? Como percebem-na e como ela interfere em seu cotidiano de trabalho? Em que medida também contribuem para reproduzir outras tantas formas de violência? Que papel podem exercer para minimizá-la ou até mesmo contribuir de uma forma comprometida com sua 'prevenção'?

A partir de algumas indagações como essas escrevi este livro, que foi elaborado com base em minha tese de doutoramento. Minha proposta é, ao mesmo tempo, simples e ambiciosa. Busquei analisar a interferência cotidiana da violência na dinâmica organizacional dos serviços de saúde, nas representações e práticas dos seus agentes. Escolhi os serviços de emergência porque em nenhum outro a violência adquire tamanha visibilidade e constância, misturando-se ao próprio processo de trabalho e às distintas interações entre profissionais e clientela.

Penso que este estudo ganha relevância por se realizar em um espaço que encarna algumas das principais bases ainda hegemônicas da saúde: 1) organizativas (centradas no atendimento hospitalar); 2) epistêmicas (calcadas numa racionalidade médico-científica) e 3) relacionais (baseadas em um modelo de hierarquia médico-profissional). Conhecer em profundidade a dimensão cotidiana da violência nesses espaços pode subsidiar propostas de atuação no setor de saúde que sejam mais

próximas à realidade de suas organizações e agentes, bem como identificar os obstáculos a uma ótica mais ampliada de ação.

O pressuposto central deste trabalho é que a violência ultrapassa, com sua complexidade, os limites dados pela lógica de controle de enfermidades, constituindo um desafio singular ao campo da saúde. Portanto, a criação de programas ou políticas voltadas para a atuação do setor diante da violência necessita incorporar a dimensão dos sujeitos que a vivenciam. Penso que é preciso analisar a violência a partir de sua imersão no cotidiano dos sujeitos e organizações, em determinadas lógicas políticas, administrativas, culturais e grupais e nas regras sociais que a banalizam. Pretendo de alguma forma contribuir para a consolidação de propostas e políticas sociais de enfrentamento da violência, incorporando um conhecimento que resgate a intersubjetividade e valorize a dimensão da alteridade.

O propósito foi apreender, em uma perspectiva compreensiva, o significado e as várias faces que a violência adquire nas múltiplas redes (de trabalho, de poder, ético-morais, organizativas) que se conformam no cotidiano da assistência. Busquei, em um primeiro momento, dimensionar, descritivamente, a violência como demanda no contexto do atendimento de emergência (meio de socorro, especialistas envolvidos, tempo de permanência), realizando um breve perfil das vítimas (sexo, idade) e do tipo de violência (tipo de arma usada, relação com agressor). Meu intuito foi analisar como a violência afeta o processo de trabalho desses profissionais de saúde – na produção da assistência, produção de registro, relações de poder e conformação de uma identidade profissional – e, ao mesmo tempo, compreender a percepção das vítimas de violências sobre o acontecido (o próprio evento violento) e sobre a vivência do atendimento recebido (acolhida, qualidade técnica, interação com os profissionais, imposição de uma ordem médica, demandas e expectativas).

Analisei também os significados que os profissionais atribuem à violência no contexto da assistência de emergência para o cotidiano de sua prática, a interação com os 'pacientes' e o conhecimento técnico para a intervenção médica. Finalmente, busquei mapear as perspectivas e os obstáculos para o acompanhamento às vítimas e a prevenção da violência no âmbito da emergência.

Inicio o livro situando a discussão em que se insere o objeto desta reflexão. Assim, no capítulo 1, busco analisar a configuração da violência como um problema relevante para a saúde e discutir suas repercussões no âmbito das organizações de assistência.

No capítulo 2, procuro articular os elementos teóricos que sustentam as opções metodológicas e a construção de minhas 'interpretações'.

Discuto, no capítulo 3, o processo de trabalho na emergência pelo viés das representações de seus agentes. Entendo que, nesse processo, há uma margem de 'negociação' que envolve arranjos informais para a divisão e execução do trabalho, revelando estruturas de poder (também negociadas) que se tornam esclarecedoras desse processo de trabalho. Pontuo, por meio da perspectiva etnográfica, as especificidades das condições de trabalho para o setor de emergência, diante das situações de conflito que surgem na produção da assistência e da violência agregada ao próprio processo de trabalho e corporificada nas condições objetivas e subjetivas impostas aos profissionais.

No capítulo 4, analiso as experiências vivenciadas pelas vítimas de violências ao buscarem os serviços de emergência. Trago à tona as dificuldades encontradas por elas para obter assistência, as estratégias empregadas para atingir esse fim, as impressões sobre o cuidado recebido, as interações e os conflitos que se dão no contexto desse atendimento. Analiso, a seguir, as representações e experiências desses usuários no contexto do modelo médico, situando-as, portanto, a partir de uma lógica cultural estruturadora das relações entre profissionais e pacientes. Defendo, a partir da análise realizada, que as vítimas de violências, quando buscam os serviços de saúde, sofrem uma nova forma de violência, de natureza simbólica, que ignora as significações desses indivíduos, impondo-lhes os valores e as condutas vigentes no modelo médico de assistência.

Enfoco, no capítulo 5, os aspectos ético-morais de poder e conflito que atravessam as interações entre profissionais e clientela, delimitando uma seletividade do atendimento e do registro. A análise dessas relações entre os agentes da emergência e os pacientes revela a imersão de seus protagonistas em lógicas culturais mais amplas, como o imaginário social da violência, morais sociais e preconceitos. Mas também expressa um conteúdo de resposta social, de inconformismo diante do que seus protagonistas percebem como intolerável, ou seja, ao mesmo tempo que reproduz também atualiza uma determinada distribuição de poder e ordem moral.

Discuto, no último capítulo, o quanto a violência desafia a efetividade da saúde pública para lidar com problemas cuja complexidade exige articulações entre várias disciplinas, os demais setores públicos e a sociedade civil. Tomo como primeiro passo a identificação de alguns obstáculos que se erguem contra essa expectativa e que, portanto, podem significar resistências à prevenção e promoção no âmbito dos serviços de saúde e nas instâncias de articulação com outros setores. Debato também, à luz da análise do atendimento prestado às vítimas de violência doméstica (mulheres e crianças), agressões e tentativas de suicídio, oportunidades possíveis para a prevenção da violência no serviço de emergência.

Finalmente, nas considerações finais, busco adotar uma perspectiva propositiva, revendo os limites de nosso estudo e propondo novas indagações.

O esforço deste livro não se realizaria sem o apoio de muitas pessoas e instituições. Primeiro, sou profundamente grata a Maria Cecília de Souza Minayo que, além de ter acompanhado e discutido comigo todos os passos desta pesquisa, inspirou-me com sua generosidade e profundidade de análise. Os companheiros do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Fiocruz) foram meus grandes pares acadêmicos e de afeto e permitiram-me vislumbrar tantas outras possibilidades de abordar o problema da violência. Eduardo Alves Mendonça sempre foi meu interlocutor mais próximo, tecendo críticas profundas e inquietantes sobre método e epistemologia. Carlos Dimas Ribeiro auxiliou-me nas questões de bioética. Todos me estimularam e me inspiraram de formas distintas. Agradeço ainda a todos os estudantes que participaram da equipe de pesquisa. Os diretores dos hospitais que constituíram nosso campo foram extremamente generosos, cedendo dados, abrindo as portas dos serviços. A eles, toda a minha gratidão. Agradeço especialmente a Joaquim Werneck, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e a Paulo Pinheiro. Ambos criaram as condições institucionais e políticas para que este trabalho fosse realizado. Instituições como Faperj e Secretaria

Municipal de Saúde do Rio de Janeiro também merecem meus agradecimentos. O apoio institucional e financeiro foi fundamental para a execução da pesquisa. Finalmente, agradeço àqueles que emprestaram seu tempo, partilharam comigo suas opiniões, expectativas, medos e esperanças: todos os sujeitos da pesquisa, profissionais de saúde e usuários dos serviços de emergência. Espero ter feito jus à confiança que em mim depositaram.

1

A Violência como Realidade e Desafio aos Serviços de Saúde

A violência possui uma historicidade, assim como as teorias e discursos que se propõem a explicá-la. Suas inúmeras manifestações particulares trazem ao debate questões universais, como a importância da alteridade e do valor da vida humana. Suas formas mais permanentes, reproduzidas socialmente de maneira institucionalizada (como os maus-tratos e as violências conjugais), propiciam uma reflexão sobre a intensidade e a dimensão da experiência individual. Suas formas estruturais, que se ocultam nas políticas econômicas e educacionais, materializam seus efeitos em grupos e até mesmo em populações inteiras, aos quais são negadas conquistas sociais, tornando-os mais frágeis diante da exclusão, doença e morte.

Embora não se conheça sociedade que não tenha convivido com a violência em suas mais variadas formas, hoje já não é possível atribuir-lhe causas 'naturais', inspiradas na biologia humana. Como afirma Minayo (1994a), a violência é um fenômeno biopsicossocial que se define a partir das relações de forças em uma determinada sociedade.

Muitas teorias se propuseram a discutir a violência, especialmente a urbana. Tomando-se o debate mais recente, podemos dizer que, nos anos 80, houve um verdadeiro *boom* de estudos e discursos interpretativos sobre a temática (Minayo, 1989). Nessa década, também se consolida uma maior 'visibilidade' social das relações que merecem ser designadas como violentas. Em contrapartida, à medida que o olhar se ampliou sobre tantos fenômenos, tornou-se visível a insuficiência explicativa das 'macroteorias' sociais. O esforço então passou a ser o de construir uma abordagem explicativa que integrasse as 'violências estruturais' às 'violências de indivíduos e grupos'. O que se depreende desse debate é a necessidade de se tecer uma perspectiva de rede (Domenach, 1981; Minayo, 1994a, 1989), em que as múltiplas formas institucionalizadas de socialização, os sistemas econômicos e os modelos culturais (capazes de gerar desigualdade social e negação dos direitos a determinados grupos e indivíduos) configurassem o contexto para a análise da criminalidade e de outras formas de violências.

> *A violência dos indivíduos e grupos tem que ser relacionada com a do Estado. A dos conflitos com a da ordem.* (Domenach, 1981:40)

> *Porém, cada manifestação particular (da violência) se articula com as outras. Só se pode entender suas formas mais brutais e atrozes em rede, com situações*

menos escandalosas que se escondem e são protegidas por ideologias e instituições respeitáveis, como, às vezes, a Justiça ou a Família. (Minayo, 1989:24)

Não se pode trapacear com a lei da conservação da violência: toda violência se paga; por exemplo, a violência estrutural, exercida pelos mercados financeiros, sob a forma de desemprego, de precarização, etc., tem a sua contrapartida em maior ou menor prazo, sob a forma de suicídios, de delinqüências, de crimes, de drogas, de alcoolismo, de pequenas ou grandes violências cotidianas. (Bourdieu, 1998:56)

Entre as preocupações teóricas dos autores brasileiros, duas têm sido recorrentes. A primeira é a de não reduzir a questão da violência exclusivamente ao problema da criminalidade. A segunda é a de buscar desconstruir as associações causais deterministas entre pobreza e criminalidade. Como nos reafirma Misse (1998:9):

ainda que concordemos (e não há porque discordar) que a pobreza e a privação relativa podem investir estratégias que incorporam a opção criminal, é evidente que essa incorporação não é feita pela maioria dos que sofrem pobreza e exclusão, ou mesmo privação relativa. Logo, o encadeamento causal precisa se dirigir a outros fatores co-intervenientes, sem os quais a cadeia causal ficaria capenga ou espúria.

A partir dos anos 90, outros horizontes teóricos também ganham destaque. O processo crescente de globalização (que já ganhava destaque na década anterior), em suas muitas facetas, desloca referências locais de poder, produção, mercado e cultura. Esse cenário global afeta diretamente os padrões de sociabilidade e, portanto, os parâmetros de análise social (Ianni, 1996). A associação ao Estado, como principal força gerenciadora do processo econômico e social, será desvanecida do ponto de vista político e simbólico, especialmente nos países que já vivenciam mais intensamente o fenômeno da globalização. Por um lado, a "pane do Estado", os "ajustes econômicos" exigidos por instituições transnacionais, como Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e, por outro, as "transformações nas relações de trabalho", passam a ser importantes referenciais para a análise das mudanças societais (Skliar,1995). Como alerta Wieviorka (1997), o monopólio legítimo do uso da violência, que caracterizava o próprio Estado moderno, vai dar lugar a diversos usos privados, seja pelas 'indústrias de segurança', seja pelo narcotráfico:

De muitos pontos de vista, os Estados contemporâneos, ou pelo menos alguns dentre eles, estão enfraquecidos. A mundialização faz com que eles constituam menos facilmente que antes seu quadro territorial, administrativo e político da vida econômica, posto que os fluxos, as decisões, os mercados, a circulação dos homens, dos capitais, das informações, efetuam-se em escala mundial, e aliás em parte sob formas ilegais que permitem falar de uma globalização do crime organizado, principalmente no que concerne às drogas. Cada vez menos capaz de controlar a economia, o Estado parece, em numerosas situações, obrigado a recuar frente às atividades informais, ao mercado negro e ao trabalho clandestino; o recolhimento dos recursos fiscais torna-se difícil de exigir ou justificar, e ao mesmo tempo que a economia se privatiza, a violência se privatiza, meio de pilhar o Estado ou de se atribuir os recursos que ele deveria controlar. (Wieviorka, 1997:18-19)

Paradoxalmente, como nos afirma Sousa Santos (1996:20), o Estado continua tendo imenso destaque na (des)regulação do cotidiano: "será então o Estado nacional uma unidade de análise em vias de extinção, ou pelo contrário, é hoje mais central do que nunca, ainda que sob a forma ardilosa de sua descentração?".

Como discute Wieviorka, a concepção contemporânea da violência está associada à idéia de declínio ou superação do Estado, definindo-se cada vez mais diante das carências geradas nesse processo. Ainda que muito possamos discutir sobre o impacto da globalização no país, ou como o Estado brasileiro se constitui, a "crise de Estado" será constantemente invocada pela comunidade intelectual brasileira para a discussão e compreensão da violência. Tal questão será abordada seja pela crise de legitimidade, seja pelo viés da não garantia de direitos sociais e, especialmente, da violação dos direitos civis (Velho, 1996; Pinheiro, 1997; Santos, 1997; Lima, 1997; Cardia, 1997; Mesquita Neto, 1999). Serão focadas, com grande destaque, as violências em que o próprio Estado atua como sujeito, seja de forma: 1) direta, quando representantes de instituições públicas perpetram, como autores, a violência de forma ilegítima ou ilegal – a violência policial é um modelo típico; 2) indireta, que designa omissão quanto à garantia de direitos sociais básicos (educação, saúde, alimentação, segurança, moradia, entre outros); 3) representacional e moral, encarnada nas práticas de corrupção de agentes estatais, na ilegalidade de ações de representantes públicos e na impunidade dessas ações.

Há uma constatação geral de que a universalização da democracia nos países ocidentais não correspondeu à garantia dos direitos civis e sociais. Como aponta Sousa Santos (1996), embora a democracia se torne uma pré-condição implícita para que os Estados participem de um mercado mundializado, até mesmo os conceitos e as práticas que a sustentam estão desacreditados.

No Brasil e na maioria dos países latino-americanos, como discute Pinheiro (1997), vive-se numa democracia sem cidadania. A situação de pobreza e exclusão social, agravada pelas políticas econômicas de cunho neoliberal, dá o contexto e as condições para o acirramento da violência. A violência também é vista como resultado da longa tradição de práticas autoritárias das elites, situação que pouco se alterou, apesar da instalação de um constitucionalismo democrático. Há implícita a idéia de que a violência constitui importante indicador de uma cidadania precária e insuficiente.

> *O impacto da globalização, acoplado à crise provocada pelo ajuste econômico, separa o rico do pobre como se fossem água e óleo. Os países com grandes desigualdades – altas taxas de concentração de renda – tendem a ter maiores índices criminais e de violação de direitos humanos*. (Pinheiro, 1997:45)

Segundo Wieviorka (1997), as teorias explicativas apoiadas na luta de classes, na exploração e nos conflitos oriundos dessas relações, são contestadas por um processo que tem gerado uma exclusão tão grande que o próprio conflito deixa de ser o centro da questão. Esmagadora parcela da população não participa destas relações sociais, não é vista como "viável economicamente", não é levada em consideração nem no âmbito produtivo, nem no social, nem no relacional. Não há um conflito propriamente, porque tais indivíduos não são sequer reconhecidos como sujeitos ou pessoas. A negação da condição de sujeito levará Wieviorka a apontar como funda-

mental para uma definição paradigmática atual da violência o conceito de "individualismo contemporâneo", ou seja, a existência de uma aspiração de participar da sociedade de consumo. Em contrapartida, existe também uma expectativa de ser reconhecido como sujeito, capaz de tomar decisões e de constituir uma identidade a partir de uma certa autonomia quanto aos papéis sociais designados. A negação dessas duas expectativas também criaria condições para a violência, como uma reatividade a esse processo.

Wieviorka chega a propor que um novo paradigma para a compreensão da violência deve articular quatro níveis de análise: o individualismo contemporâneo (seria o ponto de partida da análise), as mutações societais, o Estado e o sistema internacional:

> *partir de baixo, do individualismo ou das transformações que afetam as relações sociais, e ir levando a análise até o nível internacional, cujas mudanças, através de suas formas reais ou mais ou menos míticas (a globalização) se alimentam do trabalho dos atores e das sociedades sobre si mesmas.* (Wieviorka,1997:24)

Gilberto Velho (1996) também afirma que a violência se fortalece nas sociedades em que, como a brasileira, apresentam, por um lado, profundas desigualdades sociais e, por outro, uma frágil afirmação dos valores de cidadania e justiça, assim como um sistema ausente de reciprocidade social que articule grupos e classes. Segundo o autor, com o avanço das relações capitalistas, houve no Brasil um progressivo esvaziamento das relações culturais tradicionais que acomodavam e 'compensavam' os efeitos das desigualdades sociais (tais como o compadrio e outros rituais que reforçavam uma idéia de solidariedade interclasses). Como diz Gilberto Velho (1996:22): "Assim, sem os benefícios, mesmo que limitados, da sociedade tradicional hierarquizada e sem os direitos e cidadania de uma sociedade democrática e moderna, fica-se no pior dos mundos".

Ambos os autores, Wieviorka e Velho, indicam uma vertente de análise que associa a violência, como fruto de um processo de negação profunda da alteridade, a uma grave crise de sociabilidade. A exclusão, a desigualdade, a discriminação e o desprezo social e cultural, aliados a um processo seletivo regulado basicamente pela lógica de mercado global, mesclados a um sentimento de injustiça e impunidade: eis o cenário presente da violência em uma modernidade agonizante.

Pensamos que é necessário encarar a violência como um processo social complexo. Cremos que a teorização sobre a violência deveria conter, no mínimo, dois movimentos complementares: 1) o de considerar a abordagem a que Morin (1994a) chama de holográfica, isto é, que perceba nas formas mais cotidianas da violência (interpessoais ou simbólicas) um traço, um componente que as vincula às formas de violência estrutural, em que se inscreve um modelo de relações, uma forma de socialização, uma lógica socioeconômica e cultural; 2) o de buscar compreender como se 'organiza' a violência, como se articulam a ordem e a desordem nas relações sociais mediadas pela violência.

Esses indicativos, sugeridos para novas investigações, precisam ser balizados pelo reconhecimento de que é impossível (e indesejável) uma "teoria total" da violência – "luta-se não contra o incompleto, mas sim contra a mutilação" (Morin, 1994a:138) – e que o "pensamento complexo não é pensamento onisciente" (Morin, 1994b:285), ele é sempre local, situado em um tempo e a partir de certos pontos de vista. Como sintetizam Minayo & Souza (1999:10):

É muito difícil conceituar a violência, principalmente por ser ela, por vezes, uma forma própria de relação pessoal, política, social e cultural; por vezes uma resultante das interações sociais; e, por vezes ainda, um componente cultural naturalizado.

Se a própria conceituação ou debate acerca da violência nos remete a tantos desafios, podemos imaginar quão difícil tem sido a sua incorporação no campo da saúde. Ainda que hoje desfrutemos de referências teórico-metodológicas muito mais ampliadas quanto ao conceito de saúde e de seu próprio âmbito de atuação, não podemos negar que ainda é bastante hegemônico o paradigma biomédico, o que acaba por delimitar uma ótica do social como "variável ambiental" de determinado estado de saúde/doença de uma população (Nunes, 1989; Minayo & Souza, 1999).

Até o início dos anos 80, a temática da violência ainda era abordada pela área de saúde de forma bastante tímida. Nunes (1984) analisa sua emergência e ressalta, em trabalho apresentado no III Seminário Latino-Americano de Medicina Social, a escassa produção bibliográfica sobre o assunto. O autor contabilizou apenas 25 artigos produzidos nos cinco anos anteriores que faziam a conexão entre violência e condições de saúde.

A violência foi vista por muito tempo como um problema pertinente à segurança pública ou à ordem social, permanecendo como algo externo à agenda da saúde. De fato, a violência, há muito, é reconhecida pela Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) sob a ampla rubrica de "causas externas".[1] Contudo, de uma década e meia para cá, tornou-se impossível negar sua legitimidade como problema 'novo' para a saúde. O fato mais evidente para tal mudança foi o aumento do percentual das mortes violentas, representando uma das principais modificações no perfil de mortalidade do Brasil e de vários outros países americanos (Yunes & Rajs, 1994).

A partir do final dos anos 80, as causas externas vão figurar como uma das principais causas de morte da população brasileira. Em 1989 já correspondiam a 15,3% das mortes ocorridas no país, situando-se, desde então, como a segunda causa de óbito na população e a primeira entre pessoas nas faixas de 5 a 49 anos. (Souza & Minayo, 1993). Desde então se admite o vertiginoso crescimento das mortes violentas e a inscrição de sua temática como problema nacional e, particularmente, de saúde (Minayo, 1989).

Yunes & Rajs (1994) comparam a mortalidade por causas externas entre vários países americanos no período de 1979 a 1990 e concluem que houve um decréscimo desse tipo de mortalidade, embora as taxas ainda permaneçam consideravelmente altas. Entretanto, Brasil, Colômbia e Cuba apresentaram uma tendência francamente crescente em todos os grupos de idade, especialmente, entre indivíduos de 10 a 24 anos. Segundo os autores, Colômbia, Brasil, Panamá, Porto Rico e Venezuela destacam-se na mortalidade por homicídios ou lesões intencionalmente aplicadas, sobretudo entre jovens e adolescentes.

Nos anos 90, os dados para o país indicam que a violência se acirra de forma drástica. Se nos anos 80 essas mortes eram provocadas, em sua maioria, por acidentes de trânsito, principalmente atropelamentos, a partir de 1990 os homicídios passam a liderar todo o grupo das causas externas. Nesse ano corresponderam a 31,7% das mortes. Dados mais recentes, de 1997, indicam que os homicídios[2] passaram a respon-

der por 33,8% das mortes por causas externas, reafirmando, de 1990 a 1997, a sua liderança nesse grupo. Considerando isoladamente os anos de 1990 e 1997, observamos que as mortes por causas externas tiveram um incremento de 18,7%. Os óbitos por acidentes de trânsito aumentaram em 22,9% e os por agressões cresceram em 26,6% (Datasus, 2000).

O impacto dessa mortalidade, que tem afetado mais intensamente adolescentes e adultos jovens, sobretudo do sexo masculino, suscita a preocupação de gestores, de profissionais e da sociedade. O fato de essas mortes violentas ocorrerem, principalmente, entre uma população jovem, torna suas causas as principais responsáveis por anos potenciais de vida perdidos no país (Werneck & Reichenheim, 1992; Mello Jorge & Waldeman, 1999). É assombroso pensar que os anos potenciais de vida ganhos pelos avanços biomédicos, com uma cobertura vacinal excelente, redução das taxas de mortalidade infantil, entre outras conquistas 'sanitárias', possam ser furtados pelo fenômeno da violência.

A partir de tantas evidências, chega-se ao consenso de que a violência, por significar uma ameaça à vida, à integridade física e mental e à qualidade de vida, constitui um problema legítimo de saúde, ainda que não se restrinja a esse setor, pois constitui um problema de toda a sociedade.

Dessa forma, com os próprios recursos técnicos usuais para a quantificação de enfermidades ou riscos à saúde de uma dada população, foi possível mensurar a magnitude da violência e identificar suas vítimas mais vulneráveis. Podemos dizer que sua legitimidade como problema de saúde construiu-se sem maiores entraves, até porque foi facilmente traduzida por uma racionalidade epidemiológica. Entretanto, a atitude do setor saúde diante da violência foi por muito tempo a de "contador de eventos, um reparador dos estragos provocados pelos conflitos sociais" (Minayo & Souza, 1999:8).

A partir dos anos 90, a violência, reconhecida como um dos principais problemas de saúde pública do Brasil e de outros países (Rosenberg, Carrol & Popwell, 1992; OPS, 1993), passa, finalmente, a suscitar um debate sobre as formas de atuação sob uma perspectiva preventiva. Consideramos que essa década foi um período de saturação crítica, já que, quando se evidenciaram a magnitude e a intensidade do problema, construiu-se uma massa crítica de estudos envolvendo mais organicamente várias disciplinas e se afirmou uma demanda concreta por atuação. Em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) consagrou o Dia Mundial da Saúde à prevenção de acidentes e traumatismos. Nesse mesmo ano, na 111ª Reunião do Comitê Executivo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), afirmou-se que a violência era responsável pela deterioração da qualidade de vida nas Américas, influenciando negativamente o bem-estar e o equilíbrio econômico das comunidades (Yunes & Rajs, 1994).

Ainda em 1993, na 37ª Reunião do Conselho Diretor, a OPS conclamou os governos membros a estabelecerem políticas e planos nacionais de prevenção e de diminuição da violência. Em 1994, esse órgão elaborou um plano de ação macrorregional, visando a tais fins (Minayo, 1994a; Yunes & Rajs, 1994). Como podemos ver, há que notabilizar avanços e conquistas nessa década, não só no campo da saúde como na mobilização social em torno do problema. Nesse sentido, o primeiro marco brasileiro dos anos 90 foi a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, que se tornou

referência paradigmática para a atuação de todos os cidadãos e profissionais que lidam com esses segmentos da população. Percebe-se a criação, nos anos 80, e a expansão, nos anos 90, de iniciativas oriundas do setor saúde, especialmente sob a forma de organizações não-governamentais que atuam junto às famílias envolvidas na prática de maus-tratos. É o caso dos Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (Cramis), da Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (Abrapia), da Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância (Abpani) e de outros serviços de defesa dos direitos da criança e do adolescente, designados de SOS, em várias capitais do país. Na metade dos anos 90, também se realizam várias iniciativas de secretarias municipais e estaduais, articuladas com outros setores públicos e da sociedade civil, visando a sensibilizar a população, capacitar profissionais de saúde e formular ações para a prevenção e assistência mais direcionada (Minayo & Souza, 1999).

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em 1996, e a Secretaria Estadual de Saúde, em 1999, implementaram uma ficha de notificação compulsória de maus-tratos praticados contra crianças e adolescestes com a finalidade de atuar em parceria com os Conselhos Tutelares e demais serviços de apoio. Ambas criam, assim, uma iniciativa pioneira nos serviços públicos de saúde. Iniciativas de proteção à mulher vítima de violência conjugal também são iniciadas, ainda que de forma mais tímida. Cidades como Recife, Londrina, Campinas e Belo Horizonte vão, pioneiramente, iniciar um monitoramento dos eventos violentos a partir do setor saúde.

Nos fins dos anos 90, após um longo processo de mobilização com conseqüente reconhecimento pela sociedade e pelo setor saúde da extensão da ameaça da violência à qualidade da existência humana, desenha-se, no âmbito do Ministério da Saúde (MS), uma política nacional para o seu enfrentamento. Como relatam Minayo & Souza (1999), o MS instaura dois Comitês Técnico-Científicos (CTCs) com o objetivo de definir uma política nacional para o Sistema Único de Saúde (SUS).

O primeiro CTC, ligado ao Grupo Técnico para Acidentes e Violências da Secretaria de Políticas de Saúde, definiu um plano com as seguintes metas iniciais: implementação de sistemas integrados de informação e vigilância; investimento no atendimento pré-hospitalar e de emergência; desenvolvimento de ações e programas visando à recuperação e à reabilitação das vítimas; consolidação de princípios para políticas específicas voltadas para a prevenção de acidentes e violências na infância, adolescência e terceira idade. As ações mais ampliadas de prevenção da violência seriam articuladas na interação do SUS com outros setores governamentais e a sociedade organizada. O segundo CTC, em acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, estaria se dedicando a formular a mesma política voltada para as especificidades das fases de crescimento e desenvolvimento da criança e da adolescência. Seriam contemplados os acidentes domésticos, de trânsito, a violência intra-familiar, além da violência oriunda da escola, da comunidade e dos conflitos com a polícia. Finalmente, em 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências é editada pela Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio daquele ano (Brasil, 2001).

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) também formula em 1998-1999 um plano de ação tendo em vista: 1) um programa de sensibilização

em torno do tema em todos os municípios brasileiros; 2) um programa de formação de recursos humanos, visando a implantar um sistema de informação em todas as capitais e municípios com mais de 70/um milhão de mortes por causas externas e nas regiões onde o problema da violência é relevante; 3) um modelo de vigilância epidemiológica para causas externas, a ser progressivamente implantado; 4) a participação das secretarias municipais nas atividades intersetoriais das comunidades locais (Minayo & Souza, 1999). Essas duas propostas (do MS e do Conasems) encontram-se em fase inicial de implementação.

Esperamos que a primeira década deste novo século seja de atuação crítica, contínua, descentralizada, interdisciplinar e intersetorial. Apesar das propostas de intervenção, que mostram a positividade da agenda do setor saúde, há muito que trilhar, discutir, desconstruir e reconstruir, agregando esforços e esperanças. Nossa expectativa é que a violência seja incluída como pauta da agenda de uma forma tal que as ações não sofram as descontinuidades tão comuns quando ocorrem mudanças de governos e gestores. Esperamos, sobretudo, que as ações propostas sejam sensíveis à realidade dos agentes de saúde, levando em consideração o contexto em que se inserem esses profissionais; e que incluam a dimensão humana e a realidade organizacional daqueles conclamados a intervir de forma transformadora diante do problema da violência.

E os Serviços? iniciando o debate

A discussão ocorrida nos últimos anos sobre o impacto da violência no setor saúde já vislumbrava seus efeitos nos serviços de assistência pública (Mello Jorge, 1989, Minayo, 1994a; Mello Jorge & Waldeman,1999). Já se registrava uma demanda diária crescente de vítimas de violências que acorriam aos serviços de saúde. A própria OPS (1993:1) reconhece essa questão:

> *o setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e de assistência social.*

O 'fator violência' significa, concretamente, custos de ordem direta e indireta. Levantamento do BID, publicado em 1997, estimou que o Brasil chega a gastar US$ 84 bilhões ao ano (cerca de 10,5% de seu Produto Interno Bruto – PIB) com custos diretos e indiretos gerados pela violência (*O Globo*, 17/3/98). Que percentual desses gastos é arcado pelo setor saúde? Esses dados ainda não foram contabilizados na íntegra. Em 1996, o SUS teve um gasto de R$ 182 milhões com atendimentos ambulatoriais e R$ 235 milhões com internações de vítimas de violências (CRMES et al., 1998). Todavia, esses custos estão extremamente subnotificados e ainda não levam em conta os atendimentos emergenciais, que constituem expressiva parcela no caso da assistência a essas vítimas.

Tais valores, embora significativos, não retratam com fidelidade o impacto do problema da violência nos serviços públicos de saúde brasileiros, pois os valores pagos pelo SUS são defasados e muitas vezes repassados com atraso.

Embora não disponhamos de dados precisos sobre a utilização dos serviços pelas vítimas de violências, sabemos que entre 1990 e 1995 foram registrados quase cinco milhões de internações (4.860.556) por causas externas (Datasus, 2000). Infelizmente, o referencial das internações é extremamente limitado,[3] já que não incorpora os atendimentos feitos nos ambulatórios, prontos-socorros, emergências e serviços de reabilitação, subestimando sua real magnitude. O dado das internações também não leva em conta que as causas externas tendem a consumir recursos de forma mais intensiva, representando um gasto/dia aproximadamente 60% maior que a média geral paga pelo SUS (apud Mello Jorge & Waldeman, 1999). Tal fenômeno se deve à maior gravidade das lesões, provocadas especialmente por potentes armas de fogo, acidentes de trânsito e quedas (Aquino, 1987; Santos, 1989, Kizer et al., 1995; CRMES et al., 1998).

Frente ao crescimento da violência no Brasil, os serviços de saúde têm redirecionado esforços para adequar seus recursos a essa demanda. Na realidade, embora se estime que seja elevado o impacto dos eventos violentos, este acarreta um ônus ainda não devidamente quantificado entre nós. Jouvencel (1987) afirma que, para cada unidade monetária consumida com prevenção, dez unidades são utilizadas para a assistência e mil para a reabilitação dos casos de violência.

Como se vê, a violência representa um ônus considerável aos serviços de saúde. Pensamos que todos esses 'impactos' da violência (no quadro de morbimortalidade, nos custos, na complexificação da demanda devido à maior gravidade das lesões) interagem de forma dinâmica, tanto nas relações quanto na consciência e atribuição de sentido desse problema para o campo da saúde e de suas organizações. Se a dinâmica organizacional dos serviços de saúde se encontra abalada pela violência, como os agentes desses serviços vivenciam o problema? Em que medida o seu cotidiano profissional é afetado? Serão suficientes e adequados os recursos e conhecimentos que possuem para realizar o atendimento que as vítimas suscitam? Como se posicionam diante do fenômeno da violência e de suas vítimas? Como percebem o seu papel diante do problema? Como equacionam, no dia-a-dia, a demanda por lidar com questão tão complexa e que tradicionalmente foi vista como exterior à ação dos serviços de assistência? Entendemos que essas perguntas são fundamentais ao enfrentamento da violência. Consideramos que os estudos disponíveis ainda não responderam a essas questões de uma forma que integre as políticas e a ação dos sujeitos que lhes dão corpo e significado.

Dos diversos serviços de saúde, a emergência sempre constituiu, historicamente, a 'porta de entrada' das vítimas de violência no sistema de saúde. Incluí-la na discussão torna-se, portanto, fundamental.

Emergência e Violência: uma íntima relação

Com alguma licença histórica, Bossaert (1993) aponta que o primeiro protótipo ocidental de um serviço de emergência foi criado no século XI, pelas ordens cruzadas de Malta e de St. John. Nascia, assim, um serviço de cuidados emergentes para vítimas

da guerra santa. Um dos primeiros serviços de emergência estaria, portanto, ligado, em sua própria origem, à questão da violência? Provavelmente não, se imaginamos uma organização hospitalar moderna, com um intuito curativo, orientada por uma ordem médica que busca suporte na racionalidade científica (Foucault, 1977) – tal organização só se consolidará no Ocidente após o século XVIII. Entretanto, o que reconhecemos como um sistema de emergência sem dúvida está atrelado, em seu próprio desenvolvimento histórico, ao socorro às vítimas da violência.

Os serviços de emergência contemporâneos contêm uma especificidade que os distingue de quaisquer outros serviços de saúde. Trata-se de uma assistência que deve ser realizada de forma imediata, eficiente e integrada. Exige amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e o emprego de recursos tecnológicos. Alguns autores chegam a comparar tais serviços a um subsistema de saúde, pois requerem um conjunto de serviços associados (atendimento pré-hospitalar de resgate, centros cirúrgicos, unidades de tratamento intensivo) que precisa atuar organicamente (Gemma et al., 1973). Gibson (1973:87) vai aprofundar essa análise, invocando a teoria sistêmica e postulando que o sistema médico de emergência "é um sistema aberto de unidades interrelacionadas que ao mesmo tempo que interagem mantêm um equilíbrio dinâmico e executam também as necessidades funcionais gerais do sistema de saúde como um todo".[4] A idéia central é que orientações, problemas ou modificações no sistema de saúde vão repercutir diretamente na emergência. Essa idéia parece bastante apropriada a nossa realidade, pois sabemos o quanto os maiores problemas enfrentados pelos serviços de emergência dizem respeito aos hiatos e descontinuidades do nível de promoção de saúde, à ausência ou pouca efetividade dos serviços de atenção primária e secundária.

Podemos ainda apontar alguns marcos técnico-organizacionais para a configuração do que hoje reconhecemos como um serviço de emergência.

Os serviços de emergência, a partir dos anos 50, ganham uma relevância inédita, especialmente nos EUA. Principalmente por dois fatores: o primeiro foi o considerável aumento das vítimas de causas externas, sobretudo devido aos acidentes de trânsito (Powers, 1973; Aquino, 1987). O segundo motivo deveu-se ao desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e de atendimento aos grandes traumas, com a experiência acumulada nas guerras da Coréia e do Vietnã.

Outro marco importante foi o conhecimento da ressuscitação cardiorrespiratória, cujas seqüências funcionais, formas de intervir e manejo quanto aos primeiros socorros foram descritos na década de 60 pelo professor alemão Ahnefeld. Delineava-se, assim, um conceito de "encadeamento para sobrevivência", isto é, uma certa padronização de rotinas para intervenção imediata em situações de risco de vida (Bossaert, 1993).

A maioria das redes nacionais de assistência às urgências/emergências na Europa e América do Norte foi fundada há menos de quarenta anos. Na década de 60 foi criado o sistema nacional de emergência francês, o SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente), e se iniciou a organização do sistema inglês (Aquino, 1987). A partir de 1966 se constituiu gradativamente uma rede nacional de atenção ao trauma nos EUA (Montgomery, 1980; Aquino, 1987). Em 1968 é fundado nesse país o American College of Emergency Physicians (ACEP), legitimando a área de medicina de emergência, servindo como órgão orientador quanto às normativas e diretrizes para assistência e promovendo o debate científico.

O ACEP (EUA) e a University Association for Emergency Services (Canadá) passam, a partir dos anos 70, a desenvolver programas de treinamento para profissionais (Aquino, 1987). Em 1992, o ACEP reunia cerca de 15 mil membros (Frumkin, 1992).

Em 1979, ocorre em Toulouse, França, importante encontro promovido pelo Escritório Europeu da OMS, onde se estabelecem recomendações para o planejamento e organização dos sistemas de emergência. Nesse evento é enfatizada a necessidade de um bom suporte de comunicação, facilitando a localização e o resgate das vítimas. O uso de um número de telefone único, fácil de ser memorizado e com ligação gratuita é sugerido. Recomenda-se que haja integração entre o suporte de comunicação, as ambulâncias e os serviços de emergência. As unidades de resgate, com médicos ou paramédicos, deveriam dispor de equipamentos mínimos e padronizados. Sugere-se que haja uma coordenação regional, treinamento adequado para os profissionais e qualificação dos hospitais que servirão como emergência (Bossaert, 1993). As unidades hospitalares que compõem o subsistema de emergência deveriam estar equipadas para atender às urgências e realizar manobras de ressuscitação e acomodação dos pacientes para investigação diagnóstica, bem como dispor de estreita ligação com centros cirúrgicos e unidades de cuidado intensivo (Aquino, 1987).

A necessidade de padronização técnica e a crescente utilização dos serviços de emergência pela população pobre e por pacientes com enfermidades não urgentes levam o ACEP a adotar os conceitos de 'urgência' e 'emergência'[5] preconizados inicialmente por Weinermann e colaboradores, em 1966, como parâmetros para a seleção da clientela alvo (Aquino, 1987).

Em 1990 é criado o European Resuscitation Council, instituição multidisciplinar que pretende unificar os procedimentos técnicos de manobras médicas para todos os sistemas de emergência dos países europeus (Bossaert, 1993).

Embora as diretrizes gerais da OMS tenham uma abrangência mundial, há uma grande diversidade organizacional dos vários sistemas de emergência. Em alguns países europeus (Bélgica, Finlândia, Itália, Áustria e Suécia), os serviços de emergência podem ser considerados uma extensão das atividades hospitalares locais. Em outros países (França, Espanha, Portugal e Inglaterra), trabalham sem dependência direta dos hospitais locais. Dentre os distintos modelos europeus, alguns possuem suporte básico de vida (*basic life support* – BLS); outros, recursos de suporte avançado (*advanced life support* – ALS). Alguns países dispõem de resgate com profissionais médicos, outros com paramédicos treinados. O que atualmente se reivindica é a unificação européia dos padrões técnicos e organizacionais de atendimento, com um único número telefônico para acionar o socorro em todos os países, melhoria da qualidade de registro, coordenação do subsistema, efetuado por uma central médica, e definição de regulamentações médicas (Bossaert, 1993).

No Brasil, ocorre uma grande inversão no processo de atendimento médico. Grande parte dos pacientes, que poderia ser assistida nos ambulatórios dos postos e centros de saúde, acorre ao setor terciário, especialmente para os serviços de emergência hospitalar, que funciona 24 horas por dia, com várias especialidades médicas e relativa efetividade, disponibilizando exames e medicamentos. Nos hospitais gerais, o atendimento às emergências vem ganhando prioridade, em detrimento do atendimento

ambulatorial que, por várias limitações, repassa sua demanda aos serviços de emergência. A intensificação da violência no país agravou ainda mais as já precárias condições das emergências, também afetadas pelo sucateamento generalizado dos serviços de saúde. Assim, à enorme demanda com necessidade real de cuidados médicos emergenciais, vem se juntar uma clientela oriunda dos ambulatórios. Muitas vezes, essa clientela é constituída por pessoas desprovidas das mais elementares condições de vida, tendo que, por isso, permanecer nas emergências por mais tempo do que o necessário por não terem para onde ir. Isto tem interferido diretamente no acesso aos já precários leitos emergenciais.

No país, os serviços são orientados, desde 1995, pela Resolução 1.451 do Conselho Federal de Medicina, que determina os equipamentos mínimos, a composição da equipe médica e os recursos técnicos básicos necessários ao funcionamento de pronto-socorro e emergências (CRMES et al., 1998). Em 1996, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj), acatando a resolução federal, estabeleceu normas mínimas para o atendimento de urgências e emergências no estado. Na Resolução 100/96, em seu *caput*, o Cremerj (1997:94) demarca a importância da violência nas motivações para a regulamentação de condições básicas de atendimento; reconhece que a emergência tem sido a porta de entrada do sistema de saúde e que "a grave situação de atendimento às urgências e emergências no Estado do Rio de Janeiro, amplamente divulgada pelos meios de comunicação, é motivo de angústia e sofrimento para profissionais de saúde e para a população em geral".

Aprova também, o Cremerj, a organização do sistema de emergência segundo níveis de complexidade de atendimento e define condições de instalações, recursos humanos e recursos materiais para o funcionamento em cada nível. O nível I (Unidade Básica de Atendimento de Urgência) deve estar capacitado para atender urgências e prover os primeiros atendimentos de emergência, mantendo as condições vitais do paciente e operar o transporte para uma unidade de maior complexidade. O nível II deve ter condições de atender emergências clínicas e cirúrgicas de menor complexidade e emergências obstétricas. O nível III deve estar apto a receber as emergências clínicas e cirúrgicas, exceto os grandes traumas. O nível IV deve apresentar condições para realizar os procedimentos relacionados aos grandes traumas. Essa resolução, que pretende orientar o funcionamento dos serviços públicos, particulares e filantrópicos, ainda não foi cumprida efetivamente em todos os serviços do estado do Rio de Janeiro. O credenciamento das unidades, segundo atribuição de nível de complexidade, não é de conhecimento da população nem de grande parte dos profissionais da rede. O Brasil possuía, em 1998, 1.184 hospitais credenciados pelo SUS como adequados para atender casos de urgência/emergência (CRMES et al., 1998). Sabe-se, infelizmente, que os recursos mínimos preconizados não estão disponíveis em todas as unidades que se destinam ao atendimento de urgências/emergências.

Mas que dados e fatos atuais sustentam a escolha da emergência como um campo privilegiado para o estudo dos efeitos e repercussões da violência no âmbito dos serviços? É sabido que a violência tem constituído nos últimos anos uma demanda massiva aos serviços de emergência no Brasil (Aquino, 1987, Pinheiro, 1994) e no exterior (Eastman et al., 1991; Novello, 1992; MMWR, 1993; Clancy et al., 1994).

O estudo de Bell et al. (1994), que investigou 48 hospitais de Illinois (EUA), conclui que a violência atingiu "níveis epidêmicos", e tal impacto se fez sentir, sobremaneira, nos serviços de emergência.

A violência doméstica também tem sido responsável por muitos dos atendimentos a crianças, adolescentes, mulheres e idosos nas emergências americanas. Estudo publicado pelo Morbity and Mortality Weekly Report (MMWR,1993) afirma que, entre as mulheres atendidas nas emergências, cerca de 30% são vítimas de violências físicas. Contudo, esses casos representam apenas uma parcela do real contingente das vítimas de violência interpessoal que procuram esses serviços. Bell et al. (1994) alertam que a maioria dos médicos das emergências não questiona as reais causas das lesões, apoiando-se basicamente no relato espontâneo das vítimas ou na declaração policial, quando esta existe. Subestima-se, assim, a magnitude dos casos. Somente quando a notificação é obrigatória por lei (estupro e maus-tratos de crianças) ou nos casos de mobilização da opinião pública (maus-tratos de idosos) existe uma rotina de identificação, apuração das causas, caracterização epidemiológica e encaminhamento para serviços de apoio. As outras formas de violência interpessoal, geralmente, não são identificadas.

No caso brasileiro, a situação é ainda mais frágil. A qualidade do registro hospitalar é insuficiente e dimensiona de forma muito pouco fidedigna a magnitude e a especificidade dos atendimentos devido às violências.

O custo do atendimento às vítimas de violências também tem constituído aspecto alarmante para os serviços de emergência em outros países. A situação se agravou muito por causa do aumento da circulação das armas de fogo. Nos EUA, esta situação é intensificada, pois esses custos são reembolsados apenas parcialmente, cabendo aos fundos públicos arcarem com cerca de 70% a 90% do montante (Eastman et al., 1991; Clancy et al., 1994). Isso levou 92 centros de trauma americanos a fecharem as portas entre 1985 e 1991. Discutia-se no Congresso norte-americano a necessidade de se enviar ajuda para custear tais atendimentos. Em Illinois apresentou-se como proposta a cobrança de uma taxa de US$ 20, por cada arma vendida, a ser destinada aos centros de trauma (Skolnick, 1992). Ordog, Wasserberger & Ackroyd (1995) afirmam que 732 pessoas são baleadas por dia nos EUA, com um custo médico de US$ 1 bilhão ao ano. Kizer et al. (1995) estimaram um custo de US$ 4 bilhões com atenção médica para vítimas de violências durante o ano de 1995.

Analisamos, em estudo anterior (Deslandes, 1997), os custos de 1.053 atendimentos de emergência por violências e acidentes em um mês de rotina da assistência em dois hospitais municipais do Rio e Janeiro. A pesquisa revelou que as agressões constituíram importante fator de custo. No primeiro hospital corresponderam a 49,8% do custo de todas as causas externas de nossa amostra e a 24,9% desse tipo de custo no segundo hospital. O custo médio do tratamento de vítimas de agressões variou entre US$ 107,35 e US$ 84,19 nos dois serviços, dado que nos leva a pensar que num único atendimento de emergência se consumiu quase a totalidade da quantia estimada para o gasto *per capita* anual de saúde (que na época oscilava em torno de R$ 190 – e nesse período estavam pareados dólar e real).

As vítimas de violência, pelas próprias características dos agravos a que são submetidas, requerem um atendimento rápido, complexo e eficiente. Entretanto, o que

ocorre, na prática, é que muitos serviços não estão equipados com a amplitude e os recursos necessários; as lesões provocadas por armas muito potentes muitas vezes inviabilizam a sobrevivência do paciente e as emergências sobrecarregadas com atendimentos não urgentes e com a entrada massiva dos casos por violências se vêem impotentes para responder a tantas necessidades. Tais fatores, além de outros ligados ao próprio modelo médico, como as condições de atendimento, a cultura da assistência hospitalar e as referências de estigmatização dos pacientes, representam motivos suficientes para que se desencadeiem confrontos, envolvendo inclusive agressão verbal, física ou ameaças de morte. A própria imprensa nacional (*Folha de S. Paulo*, 15/6/1997; *O Dia*, 2/7/2000) tem notificado tais fatos e autores internacionais reafirmam esse quadro (Frumkin,1992; Anglin et al.,1994; Saines, 1999). Dessa maneira, a emergência e seus agentes convivem com a violência pelo menos de duas formas evidentes: como demanda de atendimento/trabalho e como forma de relação entre profissionais e clientela.

Assim, defendemos que o serviço de emergência constitui uma organização privilegiada para a análise do significado e da dimensão da violência nos serviços de saúde e na ação de seus agentes: 1) por ser, dentre os serviços, aquele que constitui o primeiro contato (e talvez o único) da vítima de violência com um serviço de saúde; 2) por lidar com uma 'demanda' de atendimentos por violências muito expressiva e com a parcela que apresenta maior gravidade, constituindo um campo de intervenção técnica que exige readequação constante dos conhecimentos e recursos disponíveis; 3) por lidar de forma rotineira e intensa com as vítimas de violências, o que delimita um campo bem demarcado de interações entre os sujeitos (profissionais, familiares e vítimas de violências); 4) por representar um espaço intenso e dramático de conflito, muitas vezes de violência, entre profissionais de saúde e população usuária.

NOTAS

1 As "causas externas" designam os homicídios, suicídios, acidentes fatais e eventos mórbidos referentes a acidentes de trânsito, quedas, afogamentos, exposição à fumaça e fogo, envenenamento e intoxicação, agressões, intervenções legais e operações de guerra, entre "outras causas". Na CID IX correspondiam aos códigos E-800-E999. Na décima revisão, na CID X, vão ser designadas sob os códigos V01-Y98.

2 A CID, a partir da X revisão, vai renomear a categoria homicídios para "agressões" (OMS, 1996). Em 1991, os homicídios corresponderam a 30,1% das causas externas no Brasil; em 1992, a 28,7%; em 1993, a 29,5%; em 1994, a 30,4%; em 1995, a 32,2%; e, finalmente, em 1996, a 32,6%.

3 No período que vai de 1990 a 1997, as internações por causas externas corresponderam a cerca de 6% do total aferido.

4 A tradução desta citação, bem como das demais em língua estrangeira foram feitas pela autora.

5 Essas definições do grau de severidade através de índices que ponderam variáveis fisiológicas e anatômicas vão ser buscadas desde os fins dos anos 60, tais como o Injury Severity Score e o Injury, Pulse, Consciousness, Appearance and Respiration – IPCAR (Aquino, 1987). As noções de urgência e emergência serão adotadas em muitos países e são referências para o sistema brasileiro. A urgência designa a ocorrência imprevista de agravos à saúde com ou sem risco potencial de vida, mas cujo portador necessita de assistência médica imediata. A emergência são as condições de agravo à saúde que implicam risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo tratamento imediato (CRMES, 1998).

2

A Construção da Interpretação e seus Limites: notas e confissões metodológicas

As Referências da Interpretação

Como a violência social interfere no cotidiano, na dinâmica organizacional dos serviços de saúde e nas representações e práticas dos seus agentes? Nossa tarefa foi compreender o significado que os diferentes atores constroem em relação à assistência prestada e às interações entre pacientes e profissionais, assim como analisar de que modo a violência pode se tornar a moeda e a expressão dessas relações. Buscamos interpretar esse 'texto', composto das representações, da ótica dos atores, à luz de um 'contexto' organizacional, ou seja, através de dois serviços públicos de saúde inseridos num sistema de saúde.

Há em nosso trabalho uma forte interlocução com a tradição 'compreensiva' e a 'antropologia interpretativa ou hermenêutica'. A vocação compreensiva antecipada por Dilthey e definida por Weber (1992) é de apreender pela interpretação. A compreensão é, portanto, um método[1] que visa a captar o sentido da ação social ou, em outros termos, que aspira a interpretar o sentido da ação, reconfigurando a intencionalidade e as motivações dos seus agentes. Weber tem o mérito de incluir organicamente, na definição de ação social, a idéia de um agente que lhe atribui um sentido, uma intencionalidade. Essa atribuição de sentido se realiza em face da antecipação das reações e comportamentos de outros sujeitos, dando-se, portanto, no jogo social. Embora não tenhamos recorrido ao método weberiano, nossa investigação buscou retratar como a ação dos vários atores (profissionais e pacientes) se orienta reciprocamente, num processo de franca intersubjetividade.

Analisar como a violência redefine certas relações e práticas entre os próprios profissionais do serviço e entre estes e os pacientes exigiu-nos uma postura metodológica de valorização da esfera das experiências cotidianas, presentes nas relações face a face, quando os indivíduos tomam direções, lidam com seus interesses, concebem e realizam planos (Schutz, 1979). Nesse "mundo da vida" (Wagner, 1979), os indivíduos adotam uma "atitude natural", não questionam as estruturas e assim executam as ações corriqueiras. Aliada a essa tendência, a conduta dos indivíduos também é influenciada por uma seqüência de experiências vivenciadas de forma singular por cada

um, constituindo sua “situação biográfica”. Essa trajetória biográfica propicia uma armazenagem de conhecimentos e referências, integrando ao mesmo tempo a dimensão única do indivíduo e a introjeção de dada cultura, constituindo um estoque de conhecimentos (que Giddens chamará de “conhecimento mútuo”). A leitura da ‘atitude natural’ adotada pelos profissionais dos hospitais estudados, à luz de um estoque de conhecimentos comuns ligados à vivência numa organização tão *sui generis* como um serviço de emergência, e a análise dos momentos e dos motivos que os levam a desnaturalizar seu cotidiano nos foram aspectos valiosos. Pensamos, entretanto, que os motivos que impelem profissionais e pacientes a romper ou reproduzir regras e compromissos normativos não podem ser lidos por um prisma de voluntarismo individual.

Assim, quando reafirmamos a importância do resgate desse sujeito comum, imerso na vida cotidiana, não falamos somente de individualidades, mas de sujeitos sociais, cujas ações e sentidos que lhe são atribuídos possuem estreitos vínculos com as estruturas sociais. O resgate dessa dualidade fundante, como diz Giddens (1989), entre estruturas sociais e ações dos sujeitos, foi o nosso desafio. Buscamos amplificar as estruturas[2] que residem invisíveis na ação cotidiana de nossos interlocutores, num movimento de interpretação de uma totalidade fugidia, porque histórica, complexa e aberta a infinitas exegeses e, ao mesmo tempo, não redutível aos procedimentos interpretativos.

A rigor, a peculiaridade de cada serviço de saúde, com seu contexto organizacional próprio e uma cartografia absolutamente singular de interações, nos impediria de traçar quaisquer comparações. Entretanto, cada serviço, ou melhor, cada ‘situação’ organizacional investigada abriga uma ordem de estruturação que as aproxima. Trabalhamos num contexto bastante demarcado: uma organização médica profissional cujo vínculo mais evidente de seus agentes é o de produzir um serviço – o cuidado médico. As interações entre profissionais de saúde e as vítimas de violências se dão, portanto, mediadas por um processo de trabalho. Esse processo de trabalho não é mero entorno da ação, mas um campo específico de relações sociais, técnicas e de poder que conformam muitos dos comportamentos, práticas e expectativas desses profissionais em relação a si mesmos e em face dos ‘pacientes’. É onde também se realiza um ‘saber partilhado’, um acordo intersubjetivo entre pares e que faz parte da base dos esquemas interpretativos desses agentes.

O segundo eixo estrutural que perpassa todo o trabalho é a inserção ou pertença dos hospitais estudados a uma determinada modalidade de sistema médico. Segundo autores da antropologia médica, como Landy (apud Helman, 1994), um sistema médico possui dois aspectos intrínsecos: um cultural e outro social. A dimensão cultural inclui determinados conceitos básicos e referenciais, teorias, práticas normativas e formas partilhadas de perceber e interpretar situações. O aspecto social dimensiona a atribuição de papéis específicos (quem é o terapeuta e quem é o paciente, quem realiza o diagnóstico, quem prescreve medicamentos etc) e princípios que regem as relações entre quem desempenha esses papéis em determinado ambiente (hospital, ambulatório ou consultório). Em nossa sociedade, há diferentes alternativas ou modelos de assistência à saúde – informal, popular e profissional – (Helman, 1994; Kleinman,1980) que se sobrepõem e cuja convivência é ora mais pacífica, ora mais conflitiva. No caso de nossa pesquisa, referimo-nos ao modelo médico profissional que pressupõe a produ-

ção dos cuidados médicos por profissões sindicalizadas e sancionadas legalmente, que tem no hospital um *locus* privilegiado de expressão, que alicerça o exercício de seus agentes na medicina científica ocidental ou biomedicina, que estabelece uma distribuição de hierarquia, de autoridade e de *status* a partir do referencial de domínio do saber médico. Evidentemente, o acúmulo de poder entre médicos, enfermeiras, auxiliares, acadêmicos, pacientes e familiares e as margens de negociação desse poder serão assimetricamente distribuídos, analisando a questão sob a ótica do poder como dominação ou do poder como capacidade potencial de transformação (Giddens, 1997).

A produção da matéria-prima de nossa pesquisa se fez por meio de um caminho plural. Optamos por uma perspectiva de triangulação de métodos e técnicas. Com tal proposta buscamos articular a extensão e a profundidade em um desafio de interpretação da realidade estudada. Empreendemos uma trajetória predominantemente hermenêutica, mas que também pretendeu dialogar com a descrição, a quantificação do fenômeno. A inclusão da perspectiva quantitativa, num universo predominantemente 'compreensivo', deu-se por uma orientação dialética, já que à medida que há uma saturação quantitativa dos atendimentos das vítimas de violências há também uma mudança qualitativa nas relações interacionais e organizacionais. Pensamos que tal abordagem nos permitiu uma análise mais profunda do universo estudado, como tem sido exaustivamente defendido pelos autores da área (Denzin, 1973; Philips, 1974; Chizzotti, 1991) e por aqueles ligados à pesquisa social em saúde (Minayo, 1992; Breilh, 1995). Realizamos uma associação de diferentes abordagens (quantitativa e qualitativa) e técnicas (observação participante, entrevistas e aplicação de questionários), o que potencialmente possibilita tanto identificar as concepções, valores, práticas, formas de interação inter e intragrupais reveladas através de relatos e depoimentos de seus integrantes como indicar as denominadas "áreas internas" (campo dos conflitos, interesses e arranjos específicos aos membros do grupo) (Becker, 1993). Analisamos também as regularidades de certos fatos e práticas.

Reconhecemos na etnografia o caminho metodológico capaz de totalizar estes múltiplos esforços. Como é sabido, a etnografia sempre foi vista, historicamente, como uma etapa (fundamental) da antropologia. Na fala de Sanjek (1996), é uma das pontas do triângulo em que se ancora a operacionalização dessa ciência: etnografia, comparação e contextualização. Então, o que nos habilita ou nos legitima a lançar mão do método etnográfico se grande parte de nossas referências transita entre a sociologia e, mais regionalmente, a antropologia médica? Construímos um referencial que poderia ser precariamente cunhado de socioantropológico, pois não trabalhamos somente os fatos etnográficos (interpretação da ótica dos agentes) mas também os fatos sociais (as práticas desses agentes). Decerto, podemos argumentar que hoje, quando a antropologia se volta para o urbano, para as sociedades ocidentais, as fronteiras entre sociologia e antropologia muitas vezes se sobrepõem. Autores, teorias e técnicas, outrora identificados como pertencentes a uma das disciplinas, são invocados e utilizados por ambas. Como refletem Hammersley & Atkinson (1996), embora permaneça a idéia de vinculação direta com a antropologia, a etnografia se popularizou de tal forma em meio a um crescente apelo por "perspectivas qualitativas" que ganhou uma certa autonomia. Esses autores consideram, por exemplo, que "a etnografia é a forma mais básica da pesquisa social" (p.2).

Contudo, defendemos nossa escolha pelo método etnográfico porque encontramos, em sua definição, procedimentos e objetivos, respostas para nossas questões.

As muitas definições de etnografia enfatizam: 1) sua vocação voltada ao estudo do local, do particular; como define Helman (1994:25), "a abordagem etnográfica envolve o estudo de pequenas sociedades ou de grupos relativamente pequenos"; 2) seus objetivos primeiros são os de documentar como as pessoas vêem, representam e interpretam suas atividades sociais cotidianas (Sanjek, 1996), descobrindo "tanto quanto possível, a perspectiva do agente" (Helman, 1994:25), isto é, buscando interpretar como é o mundo a partir da perspectiva de um membro daquela sociedade, grupo ou organização; 3) sua contribuição para as ciências sociais (especialmente para a antropologia) é a de permitir comparações sucessivas de casos particulares, resgatando seu caráter universal.

Assim, a etnografia não visa ao estudo de 'casos', ou de 'grupos particulares', *per si*, nem se presta a um descritivismo jornalístico das opiniões desse ou daquele ator (Geertz, 1989; Peirano, 1995). Possui, antes de tudo, uma imprescindível articulação com teorias e o seu modo de produzir conhecimento é pela via da 'interpretação'.

Ao analisar como a violência afeta o cotidiano (em suas múltiplas manifestações, relacionais ou institucionais) de dois serviços locais de saúde priorizando a ótica, o sentido construído por seus agentes, pacientes e familiares, pensamos contribuir para um conhecimento centrado no sujeito, na capacidade de ser afetado pelas vivências e dar significado a elas – inclusive aquelas mediadas pela violência. Intuímos que esta opção metodológica também está intimamente relacionada à questão que abordamos. Se tratarmos a violência, em sua expressão mais radical, como a negação ou o não reconhecimento do humano que há no 'outro', e, portanto, passível de ser agredido, maltratado, ignorado em sua dor ou mesmo exterminado, perceberemos quão importante é o resgate desse horizonte de alteridade. Pensamos poder discutir esse 'encontro com o outro', que é constitutivo do método etnográfico (Peirano, 1995), através das próprias relações que são de exclusão, negação ou mesmo de destruição, pela ira, preconceito, descaso ou omissão. O outro a que nos referimos é ocupado por todos nós, seja como profissional de saúde em um processo de trabalho que desvaloriza, desgasta e ameaça, seja como paciente que nem sempre pode contar com o direito básico de atendimento, ou quando lhe é imposto um modelo médico que lhe nega as prerrogativas de sujeito, coisificando seu corpo e selecionando, dentre aqueles que sofrem, os que 'merecem' um atendimento melhor num cenário de escassez. O outro também somos nós, pesquisadores, afetados, impactados nessa convivência, interpelando nossos referenciais teóricos tão estreitos diante de tantas indagações. Eis os motivos por que escolhemos a etnografia.

Construindo a Interpretação: a trajetória etnográfica em dois hospitais públicos de emergência

Tomamos como provocação a idéia de que não é possível ensinar a ninguém como realizar um trabalho de campo, pois

a pesquisa depende, entre outras coisas, da biografia do pesquisador, das opções teóricas da disciplina em determinado momento, do contexto histórico mais amplo e, não menos, das imprevisíveis situações que se configuram no dia-a-dia local da pesquisa. (Peirano:1995:45)

Nesse fazer quase artesanal, algumas posturas são tomadas como parâmetros para a validade interna de uma etnografia (Sanjek, 1996), por exemplo: como as teorias gerais e as teorias locais são co-relacionadas e organizam o trabalho de campo; como o etnógrafo retrata o caminho traçado (quantos e quais foram seus informantes, como obteve informações, que interação estabeleceu em campo); como constrói as evidências de suas observações, tornando claro, para os leitores, o que o etnógrafo fez e porque, com quem falou e aprendeu e o que focou para documentar.

A partir de tais referências, buscamos documentar com um pouco mais de detalhe o nosso caminho de construção dos dados.

Primeiro foi necessário definir o campo de estudos. Atualmente, a rede municipal é responsável pelo maior número de atendimentos de emergência. Por esse motivo escolhemos dois hospitais públicos municipais. O fato de ambos serem municipais, potencialmente evitaria as eventuais diferenças de âmbito administrativo. Esses hospitais foram selecionados por serem referência de atendimento de emergência em duas áreas distintas da cidade, a Zona Sul (mais rica), onde se situa o Hospital 1, e a Zona Norte (no subúrbio), onde fica o Hospital 2. Preservaremos a identidade das organizações sob essa designação ampla a fim de garantir a identidade dos entrevistados e, obviamente, não suscitar embaraços institucionais.

No Hospital 1, realizamos, em 1996, sete meses de observação de campo; no Hospital 2, cinco meses. Nos anos de 1998 e 1999, empreendemos visitas em meses alternados, na ingênua tentativa de observar mudanças. Essas novas investidas em campo serviram, na prática, como mero reforço de vínculos (uma 'visita a amigos'), pois já se encerrara um ciclo de pesquisa. Reiniciá-lo seria começar uma outra investigação.

No trabalho de campo no Hospital 1, pudemos contar com a colaboração de uma informante chave: uma residente de medicina que passou, posteriormente, a integrar a equipe. Quando começamos o trabalho no Hospital 2, os recursos escasseavam e, por uma série de motivos, não pudemos adotar a mesma estratégia. Essa diferença foi decisiva para o aprofundamento de muitos problemas deste hospital.

Contamos com apoio de uma equipe de pesquisa. Essa trajetória é, portanto, coletiva. Muitas vezes as vozes empregadas oscilaram entre o singular e o plural. Por um lado, a interpretação é muito pessoal (e intransferível), mas, por outro, sempre ancorada no apoio e na reflexão da equipe.[3]

A Entrada em Campo: ensaiando uma apresentação convincente

Ao chegar ao campo, todo etnógrafo se vê imediatamente confrontado com sua própria apresentação diante do grupo, que pretende aprender a conhecer. Só depois de tê-lo feito, poderá passar a sua confessada tarefa de procurar compreender e interpretar o modo de vida dessas pessoas. (Berreman, 1980:125)

Esta pesquisa surgiu de expectativas comuns. Nossa proposta foi ao encontro de antigo interesse do Hospital 1, uma vez que tanto a direção quanto seus profissionais percebiam e registravam um aumento considerável, ano após ano, dos casos de violências. Nossas negociações com a Secretaria Municipal de Saúde contaram, desde o início, com o apoio da direção do órgão. A escolha do Hospital 2 não foi tão partilhada. Optamos por esse hospital por causa de sua importância para o atendimento de emergência no subúrbio em que se localiza. Nossa entrada na instituição, portanto, precisou ser mais negociada, apesar de dispormos da autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e até mesmo de seu apoio financeiro. Mas só após muitas explicações, aliadas a uma atitude respeitosa que adotamos desde o início, a pesquisa foi sendo realmente aceita. Provavelmente, se não fosse de fato incorporada, a instituição teria mil maneiras de, delicadamente, inviabilizá-la.

A aceitação do observador (etnógrafo) pelos membros da comunidade ou instituição que constitui o campo de pesquisa é uma questão fartamente tratada pela literatura. Como defende Cicourel (1980), o "ser aceito" é crucial no trabalho de campo e disso dependerá toda a possibilidade de participação na vida do grupo, com relativo acesso aos seus valores e práticas. Como afirma Dean (apud Cicourel, 1980:90):

> *uma pessoa torna-se aceita como observador participante devido em maior proporção ao tipo de pessoa que revela ser aos olhos dos seus contatos no campo, do que aquilo que a pesquisa representa para eles. Os contatos no campo querem se assegurar de que o pesquisador é um 'bom sujeito', de que se pode ter certeza que não fará 'nenhuma sujeira' com o que descobrir.*

Em nosso primeiro encontro formal, imediatamente após cumprimentá-lo, o diretor de um dos hospitais nos perguntou à queima-roupa: "qual a sua formação?" Essa pergunta era, na realidade, uma tentativa de identificação de lugar na hierarquia médica.

> Minha formação? Sempre hesitei diante dessa indagação (que, aliás, foi feita muitas vezes durante o trabalho de campo). Diria: "sou cientista social"? Não, não, a maioria confunde este "título" com assistente social. "Sou sanitarista"? Essa resposta também não era boa, pois a série de decodificação, via de regra, é a de um médico-epidemiologista. A minha saída foi dizer que era "socióloga com pós-graduação em Saúde Pública". (diário de campo)

Obtidas as autorizações das direções, prosseguimos obedecendo à escala de poder interno das emergências. Buscamos contato com as chefias-gerais das emergências dos dois hospitais. Novas explicações, exposições e defesas do projeto. Procuramos não adotar um ar acadêmico, mas o de alguém que buscava 'aprender' com aquela realidade e com a experiência dos profissionais, o que, afinal, era a mais pura verdade. Estávamos ali como 'estudante' que queria aprender os códigos e as lógicas de um universo que desconhecíamos (Agar, 1980). Foi nessa condição que apresentamos o projeto às chefias médicas e de enfermagem em cada hospital.

Muitas vezes nos sabatinavam com perguntas do tipo "quais são os objetivos do projeto?". Então, reapresentávamos os objetivos um a um. Naturalmente desenhamos, propositadamente, objetivos amplos que poderiam ser lidos de maneira que não

nos comprometessem. Por exemplo: “analisar as relações entre profissionais de saúde e vítimas de violências” era explicação suficiente para os nossos interlocutores e nos eximia de expor hipóteses mais embaraçosas, como a de supor haver uma classificação diferencial das vítimas segundo tipos de violência e, conseqüentemente, uma distinção de atendimento segundo esses valores e rótulos.

Uma das questões a analisar era se o atendimento às vítimas de violências desencadeava alguma ação de proteção ou acompanhamento a elas ou, antes, se se resumia ao tratamento de lesões e fraturas. Essas e outras hipóteses nós as expusemos aos informantes, sem exceção, mas quando a pesquisa já estava em andamento, já os conhecíamos e, sobretudo, ‘eles’ já nos conheciam. Assim, pudemos debater melhor tais problemas. Buscamos, assim, adotar tanto uma perspectiva etnográfica, quanto uma preocupação ética.

> *Embora eu pense ser prática e eticamente correto que o etnógrafo faça saber sua intenção de conhecer o modo de vida dos indivíduos que pretende estudar, creio ser eticamente desnecessário e metodologicamente incorreto que explicite suas hipóteses específicas e, em muitos casos, até mesmo seus campos de interesse. É bem possível que, ao confiar aos informantes esses aspectos, dificulte a possibilidade de obter inúmeras informações essenciais ao objetivo principal de compreender sua maneira de viver.* (Berreman, 1980:142)

Passada essa etapa de consentimentos e autorizações, iniciamos o trabalho de campo. Precisávamos de uma apresentação sintética que explicasse o projeto aos médicos, enfermeiras, acadêmicos e auxiliares de enfermagem com o mesmo espírito de rapidez e eficácia de um serviço de emergência. Na verdade, só percebemos que nossa explicação carecia de tais qualidades após tentativas longas e frustradas.

Em seguida, pedimos à chefia de enfermagem que nos apresentasse à chefia de cada equipe: novos esclarecimentos etc. Até o último dia ainda discorríamos sobre o projeto para uns e outros, mesmo para aqueles que haviam convivido conosco e com a equipe de pesquisa ao longo de vários meses. Nossa identificação era a “pesquisadora da Fiocruz que veio estudar os casos de violência”. O *status* da Fiocruz nos emprestou uma certa credibilidade, principalmente entre os médicos, e permitiu a aproximação de diversos profissionais. A atribuição de um ‘papel familiar’, justificando nossa presença, como situaram Foote-Whyte (1980) e Berreman (1980), já indicava um nível de aceitação naquele grupo.

Logo no início, constatamos que o profissional-chave a ser conquistado era o da enfermagem. Sem a sua cooperação sequer entraríamos na emergência. Ao contrário dos profissionais médicos, a quem bastava uma única explicação consistente sobre nossa presença, os profissionais de enfermagem se revelavam ‘tensos’ diante de nossa permanência no setor, demandando repetidas apresentações.

Aos poucos percebemos que o cuidado cotidiano com a ordem/desordem do setor era mais intensamente cobrada desses profissionais. Enquanto a presença do médico é mais pontual e se faz de acordo com as necessidades e solicitações, a da enfermeira e, sobretudo, a dos auxiliares de enfermagem, é uma presença-vigília. Cada sala de atendimento ‘lhes pertence’.

Naturalmente, esse não era o único motivo. Ao longo do trabalho, verificamos que os 'bastidores' da emergência são de profundo conhecimento desses profissionais. Eles sabem o que acontece em todos os setores: toda sorte de arranjos das categorias profissionais, os chamados 'esquemas', os romances e as fofocas. Sua reserva diante de um possível 'intruso' era, pois, compreensível. Somente quando desfrutamos da confiança de algumas enfermeiras(os), passamos a conhecer melhor a 'região interior' da emergência (Goffman apud Berreman, 1980).

A Rotina de Observação

Tomamos a definição de observação participante como um processo no qual a presença do observador em uma situação social é realizada com o intuito de investigação científica.

> *O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles no seu cenário natural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por ele.* (Cicourel, 1980:89)

Nossa perspectiva de observação foi a descrita por Gold (apud Cicourel, 1980) como a do observador-como-participante. Em outras palavras, nossa presença não se confundia com a do membro da instituição, sendo identificada com a do pesquisador em condições de inserção descontínua na rotina da emergência.

Desde as primeiras visitas, tornou-se evidente que cada sala da emergência possuía uma dinâmica diferenciada de atendimento. A 'sala de politrauma' certamente era uma 'arena' de combate à morte iminente, um ambiente de estresse intenso e de tensão. Muito diferente da 'sala de pequenas emergências', onde a maioria dos pacientes 'deveria' estar sendo atendida em postos ou ambulatórios. Também constituíam contextos diferentes, com distintos papéis atribuídos aos profissionais.

Essa diversidade de demandas e contextos situacionais orientou nossa organização em campo. Os primeiros meses em cada hospital foram distribuídos por cada sala ou setor. Começamos pela fila de espera para o atendimento. Ficamos uma semana entre a fila e a triagem. Mais uma semana na sala de pequenas emergências. Outra, na de pediatria, e assim sucessivamente.

Buscávamos observar se havia mudanças significativas de um dia da semana para outro, entre o plantão diurno e o noturno e entre as equipes. Nos meses subseqüentes começamos a freqüentar mais assiduamente os plantões de finais de semana, pois percebemos que os casos de violência eram mais freqüentes nesse período. Nos últimos meses, percorríamos a trajetória de atendimento que as vítimas de violência faziam, desde sua entrada à saída da emergência.

Nessa trajetória colhemos elementos para, posteriormente, descrever o contexto de cada sala. Percebemos que cada um desses contextos representava uma organização diferenciada no que dizia respeito às interações dos profissionais entre si e com os usuários e ao *status* e poder conferido à atenção médica e de enfermagem.

A Interação com os Sujeitos da Pesquisa: como ‘sair de fininho’, levar recados e escolher o momento das entrevistas

A tarefa da pesquisa etnográfica pode ser vista como um sistema que envolve a interação social entre etnógrafo e seus sujeitos. (Berreman, 1980:141)

A interação do pesquisador com os sujeitos envolvidos, como já descrito em toda a literatura socioantropológica, é condição básica para a construção dos dados na pesquisa qualitativa. Essa interação determinará o grau de confiança que os sujeitos terão para revelar ao pesquisador suas “estruturas internas de relevância” (Becker, 1993). Como afirma Berreman (1980:141), em alusão à dramaturgia social de Goffman, o “etnógrafo e seus sujeitos são, simultaneamente, atores e público”. Portanto, a maneira de portar-se na situação de observação e a imagem que se constrói diante dos inúmeros incidentes, que tanto podem ser rotineiros quanto criados para testar a postura do pesquisador, são elementos importantes do método etnográfico.

No dia-a-dia de campo, adotamos a rotina de, chegando ao setor, nos apresentar à enfermeira de plantão, como que ‘pedindo licença’ para entrar em seu domínio. Conversávamos sobre amenidades e logo as novidades daquele plantão ou do anterior eram mencionadas. Era comum chegarmos e sermos saudados com um “hoje tem um monte de casos para você”. Após esse reconhecimento de “quem é visitante e como tal deve se portar, pedindo licença”, a enfermeira indicava o paciente com quem “deveríamos conversar”.

A convivência com os profissionais de diferentes equipes da emergência possibilitou criar uma lista daqueles com quem poderíamos obter uma boa entrevista. Como já nos conheciam e, cremos, reconheciam nosso esforço compenetrado (e estranho) de ‘perder’ tantos finais de semana, não nos negaram seu depoimento. Naturalmente, alguns profissionais – poucos, felizmente – deram sinais de desconforto diante de uma situação de entrevista. Somente relendo as anotações foi possível perceber que inúmeras conversas informais com esses sujeitos foram tão ou mais valiosas que muitas entrevistas.

> Num dos plantões noturnos de sexta-feira, lá pelas duas horas da madrugada, a sirene de uma ambulância tocou ao longe. Como de costume, esta era a senha para um grande alvoroço na sala de politrauma: acadêmicos se ‘enluvavam’, enfermeiras checavam os equipamentos e os médicos retesavam os músculos. A conversa que eu travava com o enfermeiro de plantão foi interrompida por esses preparativos. Fiquei ali, no canto da sala, querendo ser bem menor, ocupar menos espaço.
> Entra, com grande alarde, alguém empurrando uma maca com um homem completamente banhado em sangue. ‘Baleado no crânio’, gritava o sujeito que trazia a maca. Ganhei coragem e espichei o pescoço para ver melhor, ver alguma coisa através da muralha composta pelos profissionais que, como se diz, ‘lutavam em cima do paciente’. O homem tinha a metade da massa encefálica para fora da caixa craniana. Apesar de todos os esforços e a sua transferência imediata para a sala de cirurgias, soube depois que falecera.
> Aquela cena não passou impune a muitos dos meus sonhos posteriores. (diário de campo - Hospital 1)

Diante de situações como esta, aprendemos que em dados momentos o melhor a fazer é 'sair de fininho', respeitando a tensão dos profissionais, a necessidade de espaço para se movimentarem e... os nossos limites orgânicos e nossa pouca intimidade com sangue e morte.

Pudemos descobrir que o atendimento aos casos mais graves, com risco de vida, provocava uma grande descarga de tensão entre os profissionais. O que era seguido de uma espécie de 'espasmo', 'calmaria' ou pequena euforia. Nesses últimos casos, em especial, os profissionais conversavam mais, puxavam assunto, falavam com eloqüência.

Outro momento excelente para observação era quando os plantões, rotineiramente agitados, por inexplicável capricho, apresentavam-se calmos. O fato inquietava os profissionais. Uns teciam hipóteses sobre o fenômeno, outros avisavam que não era bom falar, pois senão a sorte ia acabar, outros ainda faziam apostas sobre que tipo de caso surgiria.

Nessas duas situações, e também em ocasiões agendadas, entrevistávamos os profissionais. Procuramos realizar as entrevistas em locais que garantissem, minimamente, a privacidade. Assim, a maioria das entrevistas foi realizada nas salas de médicos e enfermeiros ou no dormitório dos profissionais. Após garantir o anonimato, e com seu consentimento, gravávamos os depoimentos. As entrevistas foram identificadas pelas iniciais do hospital (1 e 2), seguidas do número da entrevista e a profissão do interlocutor. Considerando-se os dois hospitais, entrevistamos 25 profissionais – 16 médicos(as), 5 enfermeiros(as) e 2 auxiliares de enfermagem, 1 assistente social e 1 acadêmico de medicina. Com esse acervo, pudemos cumprir a orientação de exaustividade e regularidade dos relatos para considerar suficiente a amostra escolhida (Minayo, 1992).

Os pacientes geralmente nos eram apresentados pelas enfermeiras. Como de praxe, havia ensaios e reformulações de apresentação e explicação dos motivos para a conversa que teríamos. A versão que se mostrou mais eficaz foi: "estamos pesquisando que tipo de atendimento esta emergência dá aos pacientes que tiveram o mesmo problema que o(a) senhor(a). Então sua experiência é muito importante para podermos sugerir melhoras no atendimento". Pedíamos licença e líamos o boletim, não só para saber o tipo de lesão e incidente, quanto para mostrar interesse por sua situação.

Apenas abordávamos o paciente quando ele estava lúcido e sem dor e já havia sido medicado. Ao contrário do que ele imaginava, o atendimento de emergência nem sempre era rápido. Pacientes podiam passar dias ou até meses num leito de emergência. Esses eram escolhidos para travar uma conversa ou fornecer uma entrevista. Quando percebíamos ser possível, solicitávamos o consentimento e gravávamos a entrevista. As entrevistas foram identificadas pela letra E seguida de seu número. Realizamos um total de 33 entrevistas. Depois de tantos cuidados para não incomodar o repouso das pessoas, percebíamos que nossa abordagem era bem-vinda. Representávamos alguém com quem elas podiam falar sobre seu infortúnio, alguém com quem podiam passar o tempo ("coisa que não anda num leito de emergência"), desabafar e solicitar diferentes pedidos endereçados à equipe médica, enfermagem e nutrição. Esses 'recados' nós os levávamos, ensaiando um tom neutro, à enfermeira de plantão. Se, por um lado, devíamos isso ao entrevistado, por outro, não cabia assumirmos qualquer tom de reprimenda diante dos profissionais.

Nos dias posteriores à entrevista, buscávamos 'visitar' aqueles mesmos pacientes. Conversávamos sobre o seu estado de saúde, como dormira na noite anterior, quando teria alta ou faria a cirurgia. Com esse procedimento, cujo objetivo inicial era apenas o da cordialidade, pudemos perceber que a absoluta maioria não sabia seu diagnóstico, os medicamentos que estava tomando, os exames que fizera, nem mesmo até quando ficaria ali naquele leito de emergência. A freqüência desses depoimentos nos obrigou a uma releitura da lógica hospitalar, sobre o 'saber e poder médicos' e, finalmente, sobre esse modelo cultural denominado pela antropologia médica 'modelo médico profissional', para tentar entender melhor a expropriação que a instituição médica faz dos corpos e dos destinos das pessoas.

Pretenso 'Controle' de Impressões

Apoiamo-nos na premissa de que construímos 'versões' sobre as questões e fatos abordados. Uma versão de versões, uma interpretação de interpretações (Geertz, 1989).

A 'verdade' dos fatos não está em lugar nenhum, apenas trabalhamos com as verdades-de-cada-um e, quem sabe, com algumas versões 'densas'. Reconhecemos que o pretenso distanciamento de quem observa, além de discutível, não garante um lugar privilegiado face a uma suposta substância de verdade. Como nos diz Geertz (1988), em terra de cego, quem tem um olho não é rei, mas espectador.

Buscamos, então, resgatar todas essas anotações na expectativa de compor relatos que traduzissem de forma aproximada as versões dos profissionais e as dos usuários para as questões abordadas durante a pesquisa (Agar, 1980). Contudo, trata-se de uma tradução e, por definição, uma traição, pois o que percebemos foi o que 'percebemos com', 'através' do que o informante percebia (Geertz, 1988).

Entretanto, não se tratava de construir mero 'relato livre', ficção no sentido pejorativo. Buscamos, ao longo do trabalho de campo, algumas estratégias de 'controle de impressões'. A nossa base foi a leitura de Becker (1993) e Cicourel (1980), além de algumas estratégias que criamos e que são descritas a seguir.

O primeiro mecanismo usado foi o 'teste' das versões apresentadas pelos profissionais. Eu refazia as perguntas iniciais e as respondia com as teses colhidas em campo. Em seguida, pedia a opinião daquele profissional: "eu acho que alguns médicos fazem distinção quando atendem um baleado, se desconfiam que é um bandido, por exemplo. O que você acha disso?".

Registrávamos também, cotidianamente, as conversas informais (depoimentos espontâneos) e as situações presenciadas. Algumas vezes, pedíamos a um profissional que desse a opinião sobre um fato ocorrido anteriormente. "Ontem assisti a uma auxiliar de enfermagem dizer que aquele paciente que teve as mãos esmigalhadas não deve ter feito boa coisa para merecer isto. A avaliação dela está correta?"

A Pesquisa dos Dados do Atendimento: dimensionando em números uma realidade violenta

A parte quantitativa do trabalho se distingue, basicamente, por ser um estudo descritivo (Hühne 1995), ou seja, uma pesquisa que tem em vista a caracterização de uma dada realidade, a partir da análise da distribuição e do comportamento das variáveis, sem manipulá-las experimentalmente.

A coleta dos dados quantitativos transcorreu durante os meses de maio, no Hospital 1, e de junho, no Hospital 2, no ano de 1996. Os referidos meses foram escolhidos por serem considerados típicos na rotina desses hospitais.[4] Esse desenho de pesquisa possibilitou apenas uma perspectiva pontual dessa realidade. Contudo, permitiu uma análise das características das vítimas e do atendimento que demandaram, bem como das relações entre vítima e agressor, dados que raramente se encontram disponíveis.

Cada vítima atendida por causa externa correspondeu a um questionário preenchido pela equipe de pesquisa. Os auxiliares de pesquisa, dispostos em plantões durante 24 horas por dia, aplicavam o questionário diretamente ao paciente, ao dar entrada no atendimento. Quando este não apresentava condições, as respostas eram fornecidas pelo socorrista e/ou acompanhante. Essa estratégia mostrou-se eficaz. De todos os casos de causas externas, em apenas 0,5%, no Hospital 1, e 0,3%, no Hospital 2, não foi possível detectar a causa básica do agravo violento.

Torna-se fundamental indicar que a classificação das causas foi aferida segundo essas declarações iniciais, seja do paciente, do socorrista ou acompanhante. Assim, a nossa fonte de discussão eram essas causas declaradas, pois era absolutamente impossível checar a veracidade das informações prestadas. No caso da violência doméstica, deve ter ocorrido, provavelmente, um grande nível de subnotificação, já que é sabido que, geralmente, declara-se uma outra causa para encobrir a situação ou até mesmo proteger o agressor (Hartigan, 1997).

Efetuou-se inicialmente um censo do atendimento emergencial de todas as vítimas por causas externas (Deslandes, 1997). No Hospital 1, em maio de 1996, foram socorridas 2.736 pessoas por acidentes ou violências, entre as quais 238 eram vítimas de agressões provocadas por outrem ou autoprovocadas. Em junho do mesmo ano, no Hospital 2, foram atendidas 2.415 vítimas de causas externas e 312 por agressões.

Trabalhamos exclusivamente com os atendimentos feitos às vítimas de violência, excluindo as vítimas de acidentes. Buscamos, assim, dar um sentido mais diretivo ao conjunto amplo das denominadas causas externas. Os eventos que constituem o contexto de investigação foram, portanto, os atendimentos às vítimas de agressões: tentativas de homicídios, tentativas de suicídios e violências domésticas, entre cônjuges e contra crianças e adolescentes. Tais eventos constituem fenômenos distintos, com dinâmicas diferenciadas que geram peculiaridades no contexto das relações e interações institucionais. A designação constante de 'vítimas de violências' é uma perigosa cilada. Não ignoramos que o processo da violência implica uma dualidade bastante dinâmica entre 'vítimas' e 'agressores', já que muitos dos indivíduos atendidos na emergência eram, inclusive, os próprios

agressores. Apenas utilizamos o termo pelo fato de todo o conjunto desses indivíduos ter necessitado de atendimento médico, estando, portanto, naquele momento, na condição de 'vítima' da violência.

A distribuição dos atendimentos pesquisados pode ser vista na tabela a seguir.

Tabela 1 – Distribuição dos tipos de eventos e média diária por hospital – 1966

Tipo de evento	Hospital 1 (maio)		Hospital 2 (junho)	
	nº	média diária	nº	média diária
agressões	176	5,8	188	6,2
violência doméstica	45	1,5	90	3,0
'bala perdida'	12	0,4	13	0,4
tentativa de suicídio	5	0,2	21	0,7

Durante a pesquisa, cada paciente era acompanhado desde a admissão no setor de emergência até o término do atendimento, seja por alta médica, transferência para outros setores do hospital ou para outra instituição, saída à revelia ou óbito. As informações relativas ao atendimento prestado foram aferidas pela equipe com base na observação de campo.

Em 1999 buscamos, através do setor de estatísticas médicas de ambos os hospitais, colher os dados relativos aos mesmos meses pesquisados (maio e junho) para os anos de 1997 e 1998. Nesse caso, nossa fonte foi um dado secundário, cujo registro foi feito pelos próprios hospitais. Colhemos todos os casos 'policiais' de agressões e suicídios registrados no período e buscamos aplicar questionário igual ao utilizado no censo de 1996. Como o nível de subnotificação foi alto e muitas das variáveis não puderam ser respondidas, descartamos trabalhar com tais informações. Obtivemos também dados das planilhas que citam o total de agressões registradas para os anos de 1996, 1997, 1998 e para o primeiro semestre de 1999. Os dados obtidos com essa iniciativa apenas ilustram nossa discussão, pois diferiam da metodologia empregada para o censo de 1996, o que inviabiliza comparações.

Os questionários preenchidos foram tabulados, conferidos e colocados em um banco de dados em Dbase III Plus. O tratamento das variáveis (listagem de freqüências e cruzamentos) foi obtido através do Programa Epi-Info 6.0.

No questionário foi incluída também uma questão em aberto, contendo breve relato dos motivos e circunstâncias das agressões e/ou da tentativa de suicídio. Esse dado quanti-qualitativo foi mensurado (quando possível e necessário) e analisado através da técnica de análise de conteúdo, buscando, basicamente, "descobrir os 'núcleos de sentido' que compõem a comunicação e cuja presença, ou freqüência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido" (Bardin, 1979:105).

Finalmente, torna-se necessário detalhar as 'tecnologias de análise' empregadas. A análise dos dados obtidos com a aplicação de entrevistas foi conduzida pelo referencial da análise de conteúdo proposta por Bardin e redimensionada por Minayo (1992).

A análise de conteúdo constitui um conjunto de técnicas que possibilita estudar as 'mensagens' contidas nos depoimentos e práticas dos sujeitos sociais, permitindo a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção dessas mensagens (Bardin, 1979). Essas condições de produção são o conjunto das relações sociais, culturais e político-econômicas, ou seja, o nível estrutural, assim como o conjunto de valores culturais, práticas institucionais e grupais, isto é, o nível da ação dos sujeitos sociais. Em termos gerais, a análise de conteúdo relaciona estruturas semânticas (significantes) a estruturas sociológicas (significados) (Minayo, 1992). Dessa forma, 'texto' e 'contexto' são articulados na interpretação.

Assim, foram realizadas todas as etapas cruciais preconizadas pela técnica da análise de conteúdo (Triviños, 1990): 1) pré-análise – organização e 'leitura flutuante' do material; 2) descrição analítica – o *corpus* do material é pré-interpretado à luz dos referenciais teóricos, categorias (conceituais e empíricas) e hipóteses adotadas; 3) interpretação inferencial – aprofunda-se a análise dos conteúdos 'manifestos' e 'latentes', correlacionando-os às condições materiais, empíricas, culturais e estruturais que contextualizam tais realidades.

Na análise das entrevistas, o processo interpretativo baseou-se principalmente na categoria das representações sociais (RS). Nas ciências sociais são correntemente definidas como "categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a" (Minayo, 1994b). As definições da categoria de RS, correntes em grande parte dos estudos na área de saúde, reportam-se de forma mais ou menos consciente a duas vertentes.

A primeira, cuja inspiração durkheimiana nunca foi completamente abandonada, define RS como "pensamento social", ou seja, interpretação coletiva que tem uma função orientadora das condutas individuais, que, por sua vez, remetem a uma ordem social sempre presente. A segunda, de inspiração moscoviciana, sem negar teoricamente a existência primeira da sociedade, em que o homem é visto como ser social, formado por certo universo cultural, vai enfatizar o pólo do sujeito ativo, na sua capacidade cognitiva e mental de dar significado ao mundo (Herzlich, 1991; Farr, 1994). Tomamos como referência as leituras que buscam uma síntese entre duas perspectivas. As RS implicam uma construção do real forjada pelos sujeitos em sua vida cotidiana e nos seus processos de interação. Ao mesmo tempo, no entanto, esse real ultrapassa cada sujeito, pois a produção social de significação se dá a partir da inserção desses mesmos sujeitos numa cultura, numa ordem de linguagem, numa ordem de poder e dominação. Como sintetiza Herlizch (1991:32), "as representações estão enraizadas na realidade sócio-histórica, ao mesmo tempo que contribuem para construí-la". Tal visão é reiterada por Verger (1997:18):

> *As representações sociais são fundamentalmente uma forma de conhecimento constituída de saberes, crenças, idéias mais ou menos estruturadas que informam os comportamentos, organizam os discursos e, inversamente, são remodeladas por essas mesmas práticas.*

Devido ao caráter semi-estruturado das entrevistas, apenas em uma das questões foi possível trabalhar o escopo do que podemos identificar como de análise de narrativas (Good, 1996).

Entendemos que as opiniões, representações dos profissionais e das pessoas atendidas são construídas nas diversas vivências, relações e interações sociais (entre seus pares, familiares, vizinhos, agredidos e agressores, agentes da mídia e tantos outros), facilitadas pela situação social, condição de gênero e faixa etária a que esses indivíduos estão vinculados, tendo, portanto, um caráter que é ao mesmo tempo objetivo e intersubjetivo. As representações desses atores sobre tais experiências compreendem tanto o sentido que atribuem e que é expresso no conteúdo racional de seus discursos, como aquele que habita nas entrelinhas, nas expressões 'fechadas' aos bastidores do grupo e nas suas vivências corporais. Analisamos, sobretudo, o campo das representações acessível nos enunciados discursivos. Assim, incorporar a experiência como dimensão vivida da cultura e como construção que se dá na relação com outros sujeitos se torna um horizonte para a análise (Alves & Rabelo, 1998). Analisar tais representações é operar uma dupla hermenêutica, ou seja, reinterpretar as interpretações desses sujeitos sobre suas experiências vividas, percebidas e imaginadas.

Como nos alerta Sperber (1992), o objeto da interpretação etnográfica é sempre uma representação conceitual. Em outros termos, a etnografia não se destina à interpretação de fatos sociais, mas à interpretação das interpretações dos atores sobre os fatos, práticas e concepções. Na fala do autor: "o erro consiste em tomar o objeto da representação interpretada pelo objeto da interpretação" (Sperber, 1992:38). Tal exercício, por mais 'sensível' e apurado, nunca dará conta de tudo que é expresso (e oculto) nas falas e nas práticas. Como já discutimos, muitos seriam os motivos para tal limitação: a processualidade presente na relação vivência-representação de qualquer indivíduo ou grupo; a impossibilidade de a ciência captar a totalidade do real, operando por recortes e 'leituras' da realidade segundo determinado aporte teórico; a desigual relação de 'poder interpretativo' existente entre pesquisador e sujeitos pesquisados (Bourdieu, Chamboredon & Passeron, 1986; Becker, 1993).

A busca de compreensão dos significados que habitam as ações, falas, códigos, regras criadas e reproduzidas pelos atores com quem trabalhamos nos traz uma dimensão hermenêutica que, mais que uma ferramenta de método, possibilita uma discussão crítica sobre o que está em jogo quando nos atiramos a um processo interpretativo (Soares, 1994). Tomamos a ampla tradição hermenêutica como uma baliza epistemológica, ou seja, como um referencial do conhecimento que produzimos, de seus limites e da relação entre sujeito e objeto de conhecimento – relação em que, especialmente na perspectiva compreensiva ou interpretativa, reside a própria possibilidade de conhecer.

Tomamos de empréstimo a orientação de Geertz (1989:19) quando diz que "a análise é, portanto, escolher entre as estruturas de significação (...) e determinar sua base social e sua importância". Em outros termos, é realizar uma leitura, uma interpreta-

ção dos quadros de interpretação dos sujeitos em observação, contextualizando tais quadros à luz da situação social (relações institucionais e estruturais sociais) em que se insere ou é influenciado. Como conclui Geertz (1989:20):

> *fazer uma etnografia é como tentar ler (no sentido de 'construir uma leitura de') um manuscrito estranho, desbotado, cheio de eclipses, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado.*

Assim como Geertz, não pensamos ser possível, como acreditam os defensores de uma hermenêutica romântica, conhecer verdadeiramente ou até mesmo melhor que os sujeitos suas próprias interpretações, como na fórmula de Scleiermacher em que "importa compreender um autor, melhor do que ele próprio teria se compreendido" (Gadamer, 1997:300). Buscamos manter o horizonte de uma 'tradução' inteligível e verossímil das interpretações desses sujeitos.

Como Ricoeur (1990) discute, sequer podemos contar com a premissa diltheyana de compreender o discurso do outro transpondo-se à sua vida psíquica, num processo de "colocar-se no lugar desse outro". Mesmo admitindo, como Dilthey, que o "homem não é estranho ao homem" – condição que de fato nos habilita à interpretação – não podemos ingenuamente crer que essa condição universal é suficiente, pois o outro também é um território desconhecido, seja por possuir distintivos que socialmente nos separam (de *status*, de classe, de formação cultural e profissional, de capital simbólico), seja pela impossibilidade do próprio projeto dessa suposta transferência psíquica. Nossa condição de "pertença", de que tanto nos fala Gadamer (1997), da partilha de linguagem, de significados comuns de uma cultura, nos dá um campo prévio de antecipações, de hipóteses e pressupostos, isto é, uma "pré-compreensão", no dizer de Heidegger. Esse acervo, preterido pelo positivismo como sendo de preconceitos, constitui uma ponte para a interpretação. Contudo, se não realizarmos um movimento crítico a essa pré-compreensão, tornamo-nos reféns de seus limites históricos e ideológicos (Ricoeur, 1990:40-41):

> *É a proximidade do longínquo ou, para dizer a mesma coisa em outros termos, é a eficácia da distância. Portanto, há um paradoxo de alteridade, uma tensão entre o longínquo e o próprio essencial à tomada de consciência histórica.*

A perspectiva gadameriana de 'fusão de horizontes', ainda que implique as idéias fundamentais de diálogo entre perspectivas do intérprete e do interpretado, da existência de múltiplos horizontes, da tensão entre o familiar e o estranho, não explica inteiramente as relações de poder existentes na produção da compreensão. Construímos uma interpretação, repleta de lacunas, é certo, mas cujo encadeamento foi tecido pelo pesquisador. Ao lançar mão de determinadas categorias teóricas, ao priorizar certos aspectos em detrimento de outros, ao conduzir a interpretação a partir de certo contexto sociológico, construímos a realidade sob um prisma.

Nosso esforço foi o de resgatar a realidade das emergências como uma totalidade viva, extremamente complexa e potencializadora de inúmeras leituras. Assim, empregamos para cada aspecto trabalhado (como se verá nos próximos capítulos) o que

chamamos de aportes teóricos regionais, mais focalizados às questões que abordamos, permitindo maior operacionalidade interpretativa ao trabalho.

Muito modestamente, empreendemos uma proposta de objetivação da interpretação que não residiu somente no método de análise, incluiu também um esforço de vigilância epistemológica, de buscar clarificar os artifícios teóricos empregados, de crítica e de autocrítica, de debate com outros autores, de exposição pública de nossos argumentos em seminários voltados para profissionais de saúde da rede municipal e de apresentação dos artigos por nós produzidos ao longo da pesquisa às direções dos dois hospitais envolvidos. Naturalmente, ainda que haja um "projeto de fidelidade" (para usar a expressão de Peirano, 1995), em relação à ótica e à realidade dos sujeitos e dos serviços, essa 'co-autoria' entre pesquisador e sujeitos da pesquisa se dá em nível teórico e não concreto (mas como concreto pensado, na clássica expressão marxista). Esse debate é antigo na antropologia e demarca a defesa de Malinowski da fidelidade ao "ponto de vista do nativo", que Geertz (1988) resgata ao dizer que o diálogo não se dá entre antropólogo e nativos, mas se realiza 'no' antropólogo.

Notas

1 Schutz (1979:269) alerta que a compreensão (*Verstehen*), antes de ser um método das ciências sociais, é uma forma de experiência vivida cotidianamente, "uma forma particular de experiência através da qual o pensamento do senso comum toma conhecimento do mundo social e cultural. Não tem nada a ver com introspecção, é resultado de processos de aprendizagem ou aculturação".

2 Tomamos de empréstimo a definição de Giddens (1989:20): "regras e recursos, ou conjuntos de relações de transformação, organizados como propriedades de sistemas sociais". Segundo essa abordagem, a estrutura é vista como uma "ordem virtual de modos de estruturação", isto, é um conjunto de "regras e recursos" que possui uma dimensão paradigmática para os comportamentos e práticas dos atores. "Assim, a estrutura refere-se, em análise social, às propriedades de estruturação que permitem a 'delimitação' de tempo-espaço em sistemas sociais, às propriedades que possibilitam a existência de práticas sociais discernivelmente semelhantes por dimensões variáveis de tempo e de espaço" (p.13). Desta forma, ao dizer que os sistemas sociais (como um conjunto de práticas sociais reproduzidas no tempo e espaço) não possuem uma estrutura, vista como algo imutável e fora da história, mas "propriedades estruturais" é afirmar que, ao mesmo tempo que existe uma solidez, uma institucionalização dessas regras, há também uma mediação possível da ação transformadora dos sujeitos.

3 Foi valioso o apoio de bolsistas de iniciação científica das áreas de ciências sociais, medicina e enfermagem que colaboraram no levantamento de dados quantitativos do atendimento e com notas de campo. A pesquisa também contou com a preciosa colaboração de uma mestranda que nos acompanhou no trabalho de campo do Hospital 1 e que posteriormente defendeu sua dissertação na temática. Participaram

de todo o processo de discussão os colegas do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Claves).

4 A média diária anual, em 1995, no Hospital 1, foi de 675 casos, com desvio padrão de 26,80. Portanto, os meses que mais se aproximam desse comportamento de atendimentos por média diária seriam novembro (675), junho (671), abril (666), maio (689) e agosto (661). A média diária do período de julho de 1994 a junho de 1995, no Hospital 2, foi de 515 casos, com desvio padrão de 35,56. Os meses mais próximos desta média seriam abril (513), setembro (517), fevereiro (520), maio (521), agosto (521) e outubro (501) e junho (492).

3
O Processo de Trabalho na Emergência

Arriscando uma generalização, podemos dizer que a análise do processo de trabalho em saúde (de agora em diante, abreviaremos o termo processo de trabalho como PT e processo de trabalho em saúde, como PTS) tem sido orientada por dois tipos de leituras, vistas, naturalmente, como tipos-ideais. A primeira se caracteriza pela aplicação dos conceitos clássicos da análise materialista histórica ao trabalho em saúde. Nessa leitura, busca-se, de forma mais ou menos comparativa (mais ou menos mediada), analisar o PTS à luz dos conceitos empregados para a análise do PT no modo de produção capitalista. A segunda leitura, um tanto mais híbrida, procura demarcar a especificidade do PTS, articulando à análise marxista conceitos e autores oriundos da ergonomia moderna, da psicologia e da antropologia.

Nossa trajetória será orientada por essa segunda abordagem, uma vez que analisaremos, neste capítulo, o processo de trabalho na emergência pelo viés das representações de seus agentes. Trabalhamos, portanto, com as percepções e representações que os trabalhadores da emergência constroem a partir de seu próprio PT.

Tal recurso não se restringe à mera opção de método; é, antes de tudo, uma opção teórica. Entretanto, entendemos como inegável a objetividade que existe em qualquer PT, daí a possibilidade de descrever e analisar os elementos que o constituem (objeto de trabalho, meios de trabalho e trabalho humano), bem como as relações de que é constituído (relações técnicas e sociais de produção). Porém, esses processos, construídos e reproduzidos por homens concretos em situações igualmente concretas, têm sido historicamente tratados com grande exterioridade em relação a seus agentes. O obscurecimento do sujeito que vivencia o trabalho e de sua capacidade de dar significado a este e a si mesmo é o ônus das abordagens estruturais, das 'teorias totais' que, muitas vezes, enxergaram dicotomicamente os 'processos objetivos' dos 'processos subjetivos' do trabalho.

Sato (1995) ressalta que, desde os anos 60 e 70, o Modelo Operário Italiano já apontava a questão da "subjetividade-experiência" operária como importante referência para a construção das reivindicações dos trabalhadores. Em consonância com a nossa perspectiva, a autora defende que, dialeticamente, o sujeito se consome e se produz no (e pelo) trabalho.

Para Gonçalves (1994), as representações dos trabalhadores sobre o PT foram por muito tempo entendidas como construções ideológicas, portanto, ortodoxamente

compreendidas como “falsa consciência” – visão que encobriria as verdadeiras relações de dominação que o estruturam. Tomamos de empréstimo a defesa do autor, ao discutir semelhante opção teórico-metodológica, quando estuda a questão da tecnologia no PTS segundo a percepção de seus agentes:

> *não se aceita a dicotomia, implícita na forma de argumentação, entre os processos reais (‘objetivos’) e a consciência que deles fazem os agentes sociais (o ‘subjetivo’ que corresponde às aparências daqueles processos); em segundo lugar, por partir da premissa oposta, e já suficientemente explicitada, tomam-se as representações dos agentes do trabalho como constitutivas do mesmo*. (Gonçalves, 1994:40)

Consideramos, como Minayo (1986:25), que o PT é um “*locus* privilegiado das relações de produção e de reprodução dessas relações”, um campo de formação econômica por excelência, mas também de “produção política e ideológica”. Em outros termos, no PT são construídas e reproduzidas relações técnico-sociais e de poder e aí são estruturados também os contextos de ação desses agentes (sejam ações de resistência, de subordinação ou de negociação). Ainda neste processo, são produzidas as condições de conformação da subjetividade desse trabalhador que não se resumem ao mundo do trabalho, mas ali têm referência crucial.

Assim, pautamos nosso enfoque da dominação e do controle presentes no PTS, alargando os limites de uma interpretação que vê esse controle sobre o trabalhador como inexpugnável, rigidamente exercido por uma organização científica do PT, favorecido pela parcelarização das tarefas e pela conseqüente desqualificação dos conhecimentos dos trabalhadores (alienados de seu saber e domínio).

Partimos de uma interpretação que percebe no PTS, especialmente de serviços de emergência, uma margem de negociação (com seus inegáveis limites, delimitados diferentemente para as distintas categorias de profissionais), que envolve arranjos informais para a divisão e a execução do trabalho, revelando estruturas de poder que são também negociadas e se tornam esclarecedoras do PT na organização hospitalar (Carapinheiro, 1993; Viana, 1995; Svensson, 1996). Buscamos pontuar, ainda, as especificidades do PT do setor de emergência.

Nosso intuito, ao traçar esse caminho, foi compreender se a violência, como demanda concreta e diária de trabalho dos profissionais dos serviços de emergência, desempenha algum papel mais específico no cotidiano desses trabalhadores, seja nas relações técnicas e de poder ou nas interações forjadas nesse PT. Tínhamos interesse em analisar como esse PT conformaria a ação dos profissionais de saúde diante das situações de conflito que surgem na produção da assistência, diante da violência agregada ao próprio PT e corporificada nas condições objetivas e subjetivas impostas aos profissionais e ainda diante da interação com as vítimas/protagonistas da violência.

Dessa forma, seria possível, ao analisar o PT da emergência, ter indícios e subsídios para a compreensão das atitudes e visões diante da violência e de suas ‘vítimas’? Em outras palavras, em que medida o PT da emergência ajuda a compreender como os profissionais e o serviço lidam com a violência? Construímos, aqui, as bases preliminares dessa compreensão.

O Processo de Trabalho em Saúde

O PT produzido pelos serviços públicos de saúde e, mais especificamente, pelos hospitais, diferencia-se das outras formas de produção material e industrial na medida em que produz serviços e tem a peculiaridade de ser consumido no momento em que é produzido. Como qualquer forma de trabalho sob a esfera do modo de produção capitalista, foi influenciado pelas inovações tecnológicas e pela organização científica do trabalho. Contudo, sua organização é estruturada a partir de uma política pública de Estado (que de forma alguma está isenta das pressões de mercado), cujas inovações gerenciais e tecnológicas passam por um crivo político, estando sob influência das pressões da sociedade civil e dos diversos interlocutores da sociedade de consumo (Pires, 1996).

Silva (1994) realiza ampla revisão bibliográfica na busca de uma conceituação para os elementos do PTS. Ele define que a 'finalidade'do PTS é a ação terapêutica; o 'objeto de trabalho' seria o indivíduo doente ou os indivíduos/grupos sadios expostos a riscos; os 'meios de trabalho' seriam os instrumentos e as condutas, constituindo o nível técnico de conhecimento; o 'produto final' seria um serviço. A autora ainda chama atenção para esse 'objeto' de trabalho em saúde, um objeto humano, portanto, produtor de subjetividade e capaz de interferir na eficácia do trabalho realizado.

Tal preocupação também é apresentada por Gonçalves (1994). Ao definir o objeto do trabalho médico (e, por extensão, o trabalho em saúde) como o corpo humano (entendido como um conjunto de constantes morfológicas e funcionais a partir da anatomia e fisiologia), o autor percebe que se opera uma redução do corpo como objeto-coisa. Argumenta, invocando Canguilhem, que o corpo anátomo-fisiológico não se define como normal ou patológico senão tomando como referência estruturas de normatividade extrabiológicas. Conclui que, ao "trabalho médico coletivo", é anexado o trabalho de várias categorias profissionais (assistentes sociais, psicólogos) para dar conta dessas 'outras' características do corpo anátomo-fisiológico, que interfeririam no trabalho médico nuclear. Ainda que essas 'outras' determinações sejam vistas como 'externas', justapostas ao objeto propriamente dito, acabam por demandar uma complexidade maior do trabalho em saúde.

Birman (apud Silva, 1994), em linha de argumentação complementar, defende que a medicina, incluindo uma dimensão social, participa cada vez mais das redes sociais e de intimidade dos sujeitos. O reconhecimento do normal e do anormal passa a incluir os crivos da sociologia e da psicanálise, instaurando outras ordens de análise (o Social e o Inconsciente). O autor percebe que há um confronto entre duas racionalidades atuantes: uma psicológica e outra anatomopatológica que disputam espaço nas instituições de saúde, redefinindo o objeto do trabalho de saúde em "corpo" e "sofrimento humano" (corpo anatômico e corpo afetivo).

Todavia, a complexidade desse objeto de trabalho não conduz, necessariamente, a uma abordagem interdisciplinar. Ao contrário, percebe-se uma justaposição de práticas e de saberes distintos que são exercidos por múltiplos agentes (Pires, 1996). A parcelarização do trabalho existe dentro de uma mesma unidade e entre diversas unidades e setores de saúde.

o avanço dos conhecimentos em saúde, o aumento da população e a ampliação da complexidade dos problemas torna necessária uma intervenção, cada vez mais complexa, gerando instituições de grande porte, com especialização em unidades e serviços diversos. Surgem novas profissões e especializações dentro das profissões. A hegemonia do positivismo como paradigma de ciência influencia, profundamente, a forma de produzir conhecimentos em saúde e de organizar o trabalho assistencial, resultando em enorme fragmentação do homem, dificultando a sua percepção como totalidade individualizada, que tem uma história de vida, que tem emoções e interesses, que participa de grupos e tem uma inserção social que lhe dá possibilidades distintas de adoecer e de ter acesso a recursos para tratamento. (Pires, 1996:308)

Pires (1996) e Nogueira (1987) argumentam que o objeto humano, submetido a um trabalho fragmentado, sem saber para que serve cada ato parcial, sofre o efeito da alienação de forma semelhante ao trabalhador parcializado. Esse objeto do trabalho assistencial, o paciente, é parcelado entre distintas frentes de atividade (fases de anamnese, construção do diagnóstico e de tratamento), realizadas por distintos agentes. Assim, são igualmente parcelados o conhecimento e a prática dos profissionais que produzem a assistência.

Cabe ressalvar que a fragmentação das tarefas do PTS não se traduz, necessariamente, em uma uniforme expropriação do saber dos agentes sobre seu próprio trabalho. Muitas mediações precisam ser elaboradas na organização hospitalar, especialmente no tocante à divisão do trabalho. O trabalho em saúde, apesar de todo incremento tecnológico, sustenta-se pelo trabalho intensivo, que articula um relativo nível de domínio do PT desigualmente distribuído entre seus agentes.

A divisão do trabalho hospitalar revela uma supremacia do trabalho médico no que concerne à organização. Os médicos, diferentemente dos muitos trabalhadores de saúde, constituem o que Freidson (1970) conceituou como uma profissão, ou seja, o exercício de uma atividade vista como trabalho, portanto, produtiva e produtora de utilidade.

O conceito de profissão implica capacidade, clientes, organização e controle. Uma profissão é organizada em torno de um corpo especializado de conhecimentos (capacidade) adquiridos de forma regulada que, nas mãos de praticantes qualificados, é colocado em função das necessidades dos clientes; envolve uma organização que mantém sob controle o campo de atuação, protegendo-o da incursão de outros praticantes não reconhecidos e garantindo o monopólio de seu conhecimento.Tal organização (que pode ser colegial, acadêmica), com menor vigor, também policia a competência e a ética dos membros do grupo (Foster & Anderson, 1978).

Freidson (1970) enfatiza ainda a questão da autonomia como elemento fundamental para a definição de uma profissão, o que distinguiria, de fato, a 'profissão' das 'ocupações'. Embora o autor não desconheça que a autonomia médica (sobretudo no âmbito dos serviços públicos) é limitada pelo Estado, reafirma que, em contrapartida, nesse espaço, são reguladas as competências do monopólio do profissional médico diante das outras ocupações.

Apesar de não discordarmos inteiramente da distinção profissão/ocupação de Freidson, percebemo-la como estreita diante das modificações atuais do PTS. A auto-

nomia médica, hoje, é demasiadamente discutida (Cohn, 1992), circunscrevendo-se a um determinado campo de atuação mais individualizado (o ato médico). Tomamos, então, a definição de 'categorias profissionais' ou simplesmente designamos como 'profissionais' os trabalhadores diretamente ligados à produção da assistência na emergência. Entretanto, é necessário frisar a centralidade que o profissional médico desempenha na divisão do trabalho hospitalar.

Desde a conformação moderna da organização hospitalar, da junção entre as séries médica e hospitalar, o médico é quem conjuga o saber-poder hegemônico (Foucault, 1977, 1979). É o médico quem decide sobre o diagnóstico, sobre a necessidade de exames complementares, sobre a terapêutica, sobre o uso dos equipamentos de tecnologia de ponta, sobre a internação e alta hospitalar. É ele que pode delegar partes do trabalho assistencial a outros trabalhadores (que, embora também tenham relativa autonomia, dependem do trabalho médico), especialmente àqueles de nível médio ou elementar (Pires, 1996).

Nogueira (1987) reconhece, no PTS, a presença de uma divisão do trabalho que conserva as características manufatureiras, ou seja, o princípio de produtividade baseia-se na decomposição de tarefas isoladas que são integradas por meio de uma hierarquia de profissões. A produtividade dependeria, então, substancialmente do conhecimento e da destreza do trabalhador. Já a decomposição de tarefas entre as mais ou menos qualificadas otimizaria a produtividade, representando um custo menor.

> *No manejo do aparelho de radiodiagnóstico, por exemplo, o uso mais rentável, mais racionalizado consiste em atribuir ao pessoal auxiliar as funções de impressão e revelação do filme, cabendo ao radiologista apenas os encargos de interpretá-lo. Presta-se, assim, o mesmo serviço a um preço menor do que se o radiologista se visse obrigado a executar todos esses atos. O trabalho passa a dar-se com base na gerência técnico-administrativa de certos profissionais de nível superior, que cumprem funções de maior complexidade, ao mesmo tempo em que controlam, pela prescrição de normas e supervisão, o desempenho dos agentes subalternos.* (Nogueira, 1987:15)

A composição dos 'recursos humanos' da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro ratifica a tese de Nogueira. Em 1999, dos 27.902 profissionais lotados na área, 51% tinham nível médio e 12%, o nível elementar, contra 22% de nível superior em medicina e 15% de outros cursos de nível superior (37% de nível universitário) (Rio de Janeiro, 2000).

Como nos lembra Freidson (1970), a divisão do trabalho médico não é uma novidade. Contudo, nas sociedades industrializadas, ela se torna bem complexa, sendo marcada pelo evidente controle médico, que detém o domínio do seu próprio trabalho e o das outras categorias profissionais, estabelecendo uma escala hierárquica em que os trabalhadores 'paramédicos' dispõem de baixa autonomia, autoridade e prestígio.

Essa ordem hierárquica também reflete a origem social desses trabalhadores, reproduzindo, na organização do trabalho hospitalar, as relações de desigualdade e dominação da sociedade. Desse modo, no interior da divisão do trabalho hospitalar, há uma separação radical entre o trabalho de concepção e de execução das tarefas.

Pitta (1994) assinala que as tarefas dos auxiliares e atendentes são as mais intensas, repetitivas e menos valorizadas do ponto de vista social e financeiro.

Contudo, como em qualquer organização social, no hospital, há uma margem de negociação e barganha da ordem estabelecida. Naturalmente, nem tudo é objeto de negociação – que ocorre especialmente quando as regras, os objetivos e as políticas deixam algum grau de incerteza. Na organização hospitalar, há 'brechas' na divisão e na execução do trabalho que podem ser objeto de 'acordos', dos mais cotidianos aos mais permanentes. Obviamente, o 'capital' de barganha varia segundo a posição hierárquica, a formação profissional e a importância/especificidade do trabalho que se realiza (Strauss et al., 1963).

Importa ressaltar que essa ordem organizacional possui uma porosidade em relação às alianças e arranjos entre os pares e entre integrantes de diferentes categorias profissionais (seja para realizar o trabalho, seja para fazê-lo de acordo com seus próprios interesses). Do mesmo modo, ainda que haja uma ordem de dominação e subordinação, esta abriga uma tensão conflitiva entre seus agentes.

Strauss et al. (1963), ao descreverem os "comportamentos regrados e não regrados" no PT hospitalar, reafirmam que essas regras podem ser usadas conforme os interesses de cada categoria profissional. Citar as regras nos momentos mais convenientes ou quebrá-las, quando possível, são práticas comuns. As enfermeiras, por exemplo, muitas vezes agem como 'defensoras' das regras institucionais, opondo-se, dessa forma, às demandas criadas pelos médicos. O que se depreende é que todas as categorias profissionais imersas na produção de assistência hospitalar buscam, por meio de seu estoque de recursos (de argumentos, de alianças, de poder ou de arranjos), negociar a divisão do PT, na expectativa de conformá-la às suas necessidades (sejam técnicas, ideológicas ou de adaptação ao sofrimento gerado no trabalho).

Feito esse breve preâmbulo teórico, orientador de nossa análise, passaremos a discutir o PT na emergência à luz das representações de seus agentes, da leitura de autores e da observação de campo.

Tomamos a iniciativa de conjugar na discussão as condições de trabalho e as relações organizacionais porque compreendemos que ambos os aspectos atuam de forma sinérgica. As condições de trabalho são, na maioria das vezes, explicitadas e contextualizadas por relações e interações entre setores e atores que interferem direta ou indiretamente no trabalho da emergência, seja numa interface direta, interna ao hospital – como as chefias, direção, ambulatório, laboratório, enfermarias, CTI, centro cirúrgico –, seja indireta, muitas vezes ligada à própria estrutura do sistema de saúde.

Buscamos situar esse emaranhado, tecido cotidianamente, entre as percepções construídas pelos trabalhadores e as redes estruturais que organizam e interferem em sua prática profissional.

Inicialmente, apresentamos a organização do espaço, a dinâmica e os meios de trabalho. Discutimos, em seguida, a identidade/identificação dos trabalhadores de emergência com seu trabalho e, na face oposta, os aspectos de ruptura e sofrimento gerados nesse mesmo PT. Abordamos como a violência, representada nos casos de extrema gravidade, impulsiona o conhecimento dos profissionais. Analisam-se, também, as condições materiais aliadas aos processos de subjetivação desse PT.

Em um segundo momento, tratamos, a partir da referência da 'ordem negociada', as relações de poder que são estruturadas e estruturantes nesse PT. Abordamos também alguns tipos de negociação da ordem organizacional dos serviços de emergência quanto à execução do trabalho (os 'esquemas' e a 'morcegagem').

As Condições Materiais e (Inter)subjetivas do Trabalho de Emergência

A Organização do Espaço

A discussão sobre o espaço e as práticas dos agentes na organização hospitalar encontra em Foucault um referencial histórico. O autor sustenta que a introdução de mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital é que cria as condições de medicalização dessa instituição. A 'disciplinarização' se traduz por uma organização minuciosa de tempo, de espaço e de movimentos. Assim, nos hospitais, alvos da organização disciplinar, todos os fluxos (de homens, mercadorias e doentes) deveriam ser registrados, classificados e distribuídos.

Para Foucault (1979:105), a disciplina é, sobretudo, uma "tecnologia", uma "técnica de gestão dos homens", uma "técnica de exercício de poder" e visa ao adestramento; busca forjar "corpos dóceis" que, organizados e adequadamente distribuídos, ganham um aumento de forças (e maior utilidade econômica). Implica uma coerção contínua, constante, muitas das vezes sutil, íntima até.

A disciplina como tecnologia de poder, e a clínica, como campo de saber, entrelaçar-se-iam de tal maneira que viriam a remodelar o hospital, estabelecendo um campo único e novo de saberes e de poderes. Disciplina e saber médico configurariam, portanto, um novo campo de poder institucional: o hospital terapêutico.

Foucault é, enfim, um autor que aponta a organização hospitalar como novo "espaço de produção" – uma produção singular (a assistência médico-curativa), possibilitada pela sujeição disciplinar, seja dos doentes, seja dos trabalhadores que produzem os cuidados terapêuticos. Uma produção que se afirma e se expande a partir de uma "docilização" de corpos por meio de mecanismos vinculados à organização do tempo e do espaço (pelos processos de individualização, classificação e vigília).

Uma das críticas formuladas à teoria foucaultiana diz respeito à idéia de confinamento que envolve sua análise. As organizações disciplinares – cujos tipos exemplares são a prisão, a escola e o hospital – são tratadas como "instituições totais", sem brechas nem intervenções exteriores. Para Giddens (1989), a principal crítica reside na idéia de "docilização" como processo massivo, sem resistências, sem negociações.

> *Trata-se, sobretudo, do fato de que os 'corpos' de Foucault não são agentes. Até as mais rigorosas formas de disciplina pressupõem que os que lhe estão submetidos são agentes humanos 'capazes', sendo essa a razão de eles terem de ser 'educados', ao passo que as máquinas são meramente projetadas.* (Giddens, 1989:125)

Naturalmente, tal crítica não minimiza a contribuição foucaultiana da análise da produção de controle social por meio da organização do espaço e do tempo. Aliás, a história da produção e gerência capitalista comprova quão eficazes foram tais recursos. A obra criou parâmetros históricos para a análise do espaço de produção, impossibilitando, por exemplo, uma redução à idéia de mero "espaço físico". Dessa forma, ao considerar os espaços onde se inserem as atividades de trabalho dessas duas emergências, não podemos reduzi-los a uma simples descrição dos "lugares de trabalho", posto que são um "complexo sistema de relações que liga os elementos espaciais, físicos e simbólicos à organização da vida do serviço" (Carapinheiro, 1993:103).

Tomamos a proposta de análise de Giddens (1989) que define as categorias de tempo e de espaço como fundamentais para compreeder as interações entre os agentes sociais. São feixes que integram, no cotidiano, a ação individual e o sistema social.

O espaço não é mero palco onde transcorrem as ações sociais promovidas por agentes. É, antes de tudo, um contexto de interação em que os indivíduos atualizam as estruturas sociais (seja reproduzindo-as, seja transformando-as). O autor utiliza os conceitos de 'local' e 'local regionalizado': "Os locais referem-se ao uso de espaço a fim de fornecer os cenários da interação; estes, por sua vez, são essenciais para especificar sua contextualidade" (Giddens, 1989:95).

Assim, os locais são sempre referidos no tempo e no espaço, são regionalizados em seu interior, isto é, são zoneados segundo relações simbólicas e de poder vividas no cotidiano. A 'regionalização' do espaço diz respeito aos contextos específicos de interação, marcados pelas relações estruturais, sendo regiões onde se particularizam modelos de ação dos atores.

Considerados esses aspectos, passaremos à discussão da organização do espaço hospitalar dos dois serviços estudados. Buscamos enriquecer a descrição contextualizando-a com as relações entre os diversos agentes que emprestam vida e atribuem sentido a esses espaços. Conseguimos, é certo, construir apenas um retrato um tanto quanto estático de questão tão rica.

Do ponto de vista das normativas técnicas que regulam o espaço (visto como 'instalações') de um serviço de emergência, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj, 1997) ratifica as Normas Mínimas para os Serviços de Atendimento às Urgências e Emergências no Estado do Rio de Janeiro, preconizadas pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução 1.451/95).

O projeto das Normas Mínimas defende a organização do atendimento em quatro níveis de complexidade (ver capítulo 1). Essa regulação visava a hierarquizar o atendimento, descentralizando-o e contribuindo para desafogar os hospitais de nível mais complexo, o nível IV. Embora o projeto tenha sido aprovado por várias entidades reguladoras da assistência, até meados de 2002 não tinha sido inteiramente implementado.

Segundo essas normas, um hospital de nível IV (como os dois que pesquisamos) deve dispor das seguintes instalações mínimas: banheiro para pacientes; centro cirúrgico com o mínimo de cinco salas; repouso pré-anestésico; salas de atendimento com um mínimo de três lavabos; sala de curativos infectados com lavabos; sala de gesso; sala de hipodermia; salas de repouso/observação/tratamento, com lavabos; sala de suturas/curativos, com lavabos; sala para armazenamento de material, roupas e medicamentos;

sala para cirurgia contaminada (fora do centro cirúrgico); sala para cirurgia ortopédica; sala para endoscopia; sala para preparo de nutrição parenteral; sala para politrauma e ressuscitação; sala para tratamento dialítico; sala para ultra-som; sala para uso de aparelhos de Raios-X; sistema de gases medicinais; unidade coronariana; unidade intermediária; unidade de terapia intensiva (com área de isolamento); unidade de terapia intensiva neonatal e/ou pediátrica; unidade transfusional; posto de enfermagem, com espaço para preparo de material e medicamentos; laboratório de média/alta complexidade.

Infelizmente, entre as condições ideais preconizadas (consideradas como "instalações mínimas") e a realidade dos serviços públicos há uma distância enorme (que varia, é certo, de um serviço para outro). Nos hospitais que investigamos, as condições de trabalho e relações organizacionais diferiam significativamente, criando perspectivas e motivações distintas nos profissionais. A começar pela estrutura, extensão e organização do espaço, em muito pouco as duas emergências se assemelham. Abordamos em nossa descrição as regularidades observadas nos espaços de atuação durante o período do trabalho de campo. Modificações gerenciais foram observadas nos anos posteriores, incorporando novos arranjos espaciais e rotinas.

As unidades do serviço de emergência do Hospital 1 eram dispostas em dois pavimentos: no térreo prestava-se atendimento de emergência aos casos mais simples. Os mais graves eram encaminhados imediatamente ao segundo andar (por exemplo, pacientes com insuficiência respiratória devido à crise asmática que não cedeu ao tratamento inicial; pacientes politraumatizados; inconscientes).

Todo o primeiro andar era considerado de "pequenas emergências", dispondo das seguintes unidades de atendimento: 1) pequenas emergências para adultos; 2) pequenas emergências para crianças; 3) ortopedia; 4) otorrinolaringologia; 5) oftalmologia; 6) pequenas emergências odontológicas. Nesse pavimento, também funcionavam o setor de epidemiologia, a administração e o posto policial.

Na sala de pequenas emergências para adultos, a orientação era atender as vítimas de emergências clínicas mais simples, tais como distúrbios respiratórios leves, cólica renal, crises hipertensivas ou cortes e lesões que exijam suturas. Esse espaço é chamado, na gíria dos profissionais, de 'Bósnia'.

Para chegar a esse setor de atendimento, o paciente provavelmente tivera de enfrentar uma longa fila na recepção, para ter seus dados anotados em um boletim, e uma nova fila no corredor interno, que demarcava a 'entrada' dessa sala.

Nessa entrada, um 'posto' de enfermagem controlava o fluxo de pacientes, medicamentos e registro. O ambiente era barulhento, com um entra-e-sai contínuo de profissionais, pacientes (que voltavam para mostrar os eventuais exames de Raios-X solicitados) e parentes, que insistiam em acompanhá-los.

O volume dos atendimentos, nesse setor, era grande e não raro observamos confrontos sérios entre parentes – indignados com o tempo de espera e a qualidade da atenção recebida – e profissionais. Eram cerca de dez leitos geralmente ocupados por aqueles em condições miseráveis que ali permaneciam após a alta por não terem para onde ir. Com tal superlotação, o paciente acabava sendo examinado de pé, no meio do salão.

Ainda na mesma sala, resguardado por uma cortina improvisada, ficava o ‘canto’ das suturas, onde geralmente um acadêmico se esforçava para se concentrar nessa tarefa.

Nesse ambiente, predominava o trabalho intensivo dos profissionais de enfermagem e dos acadêmicos de medicina. Raramente pudemos observar a presença de um médico, o que revela uma certa lógica de divisão do trabalho segundo setores de atendimento. O acadêmico, para solicitar um exame mais complexo, precisava localizar (e convencer) um médico do *staff* da necessidade de sua autorização. Nessas circunstâncias, o poder da enfermagem se evidenciava, uma vez que detinha as prerrogativas de organizar o trabalho.

No lado oposto, na sala das emergências odontológicas, os profissionais atendiam pacientes com pequenas emergências dentárias, cirurgias de buco-maxilo-face etc. Casos mais graves eram encaminhados ao segundo andar, para a sala de politrauma, que mantinha certa autonomia frente ao profissional médico, uma vez que demanda outro campo de saber. Essa sala possuía *staff* próprio de cirurgiões dentistas que atuavam de forma integrada aos médicos cirurgiões da equipe, mantendo uma cooperação cordial e espaços de poder próprios.

A sala de pequenas emergências para crianças (pediatria) tinha, basicamente, o mesmo objetivo da sala dos adultos, só que seu público era de crianças de até 12 anos. Nesse setor, com presença constante de pediatras, residentes e acadêmicos de medicina, a enfermagem desempenhava papel de suporte. A participação dos familiares, especialmente das mães, era mais aceita, pela própria natureza do atendimento pediátrico.

No meio do andar, um grande *hall* funcionava como porta lateral de entrada das ambulâncias, que traziam pacientes em estado grave. A ajuda dos ‘maqueiros’ era essencial para transportar o doente até os dois elevadores que levavam ao segundo andar. Este era um lugar de passagem e de controle sobre os transeuntes.

Nesse *hall* de entrada, localizava-se o ‘posto policial’ com um policial militar e outro civil encarregados de vigiar os pacientes que chegavam em carros, viaturas policiais e ambulâncias. Além de registrarem os casos de violência e os de acidente de trânsito, eles atuavam interpelando o próprio paciente sobre o ocorrido, sendo também comunicados por outros policiais da região sobre o possível envolvimento daquele paciente com atos criminosos. O papel desses profissionais era comunicar à delegacia as ocorrências policiais.

Nesse *hall* também ficavam os seguranças que prestavam serviços terceirizados ao hospital. Sentados em uma cadeira ou de pé, controlavam o fluxo de entrada e saída, orientando os socorristas a se dirigirem à recepção para preencherem o boletim, bem como impedindo o acesso de familiares e pacientes ao segundo andar. Tratava-se de um espaço predominantemente masculino e de exercício de controle de entrada e saída sob uma forma policialesca e de repressão/contenção. Ali eram tecidos comentários em alto e bom som sobre os fatos narrados pelos pacientes. A causa de uma lesão que fosse considerada como inverossímil poderia ser, por exemplo, cinicamente ridicularizada.

Do lado oposto, um pouco mais recuada, ficava a sala de ortopedia, cujos profissionais atendiam crianças e adultos com problemas ortopédicos de menor gravidade, como fraturas simples, entorses, dores do sistema músculo-esquelético etc. Na sala diminuta, havia uma mesa, cadeira, um leito e um *écran*. O atendimento era intenso,

especialmente nos finais de semana e nas segundas-feiras, e também era mais impessoal do que nos outros espaços – primeiro o paciente esperava na fila até ser encaminhado para o exame de Raios-X e, até que tivesse o resultado, não recebia quase nenhuma atenção do médico.

Como o atendimento era lento e a fila, invariavelmente longa (crescendo ainda mais quando esses pacientes retornavam do exame), as pessoas iam se escorando nas paredes para repousar o corpo; outros chegavam a trocar biscoitos e outros tipos de merendas. O trabalho era feito geralmente com a presença de um ortopedista, mas havia participação dos residentes e, em menor escala, de acadêmicos. Nesse setor, a enfermagem pouco se fazia presente, mas, em contrapartida, o 'técnico gesseiro', profissional de restrita qualificação, dispunha de um *status* diferenciado, já que, sem sua ajuda, o atendimento seria difícil.

Seguindo o corredor, havia a sala de Otorrinolaringologia, onde o profissional atendia as pequenas emergências de crianças e adultos, tais como otites, hemorragias nasais, faringoamigdalites etc. Ao lado, ficava a sala de Oftalmologia, destinada ao atendimento das pequenas emergências oftalmológicas, tais como conjuntivites, queimaduras, invasão de corpos estranhos no globo ocular. O atendimento nessas salas nem sempre se apresentava regular, muitas vezes limitando-se a um período do plantão.

No segundo andar, destinado ao atendimento dos casos de maior gravidade, havia uma sala de grandes emergências para adultos (clínica médica), grandes emergências infantis (Unidade Intermediária de Pediatria – UIP), sala de politraumatizados, sala de ortopedia, contando, ainda, com salas de apoio ao diagnóstico (tomografia computadorizada, ultra-sonografia e radiologia). Estavam também localizadas ali as salas dos médicos, da enfermagem, de chefia da equipe, de chefia do setor de emergência e a de serviço social.

Logo na saída dos elevadores, havia um posto improvisado de controle de informação e de circulação. Manipulando um computador antigo e um livro de ocorrências, um segurança tentava controlar os fluxos de entrada e saída do andar.

Do lado esquerdo dos elevadores, a sala de UIP atuava como uma grande emergência pediátrica. Havia sempre pediatras e residentes nos plantões. As enfermeiras que ali trabalhavam geralmente se dedicavam especialmente ao setor de pediatria, não atuando em outros setores.

O clima da equipe interprofissional nos pareceu ser de cooperação. Os poucos conflitos que percebemos ocorreram, justamente, nas situações em que os profissionais de saúde suspeitavam que a criança havia sido vítima de maus-tratos, o que tornava o clima bastante tenso em relação às mães. Salvo nesses casos, a presença materna era constante e o ambiente calmo, limpo e com alguns 'mimos', como painéis de bichos, confirmando que aquela sala destinava-se a crianças.

Em frente, na sala de clínica médica, recebiam-se os pacientes graves, infartados, com doenças crônicas ou contagiosas. Era um imenso salão, repleto de leitos, com presença maciça de idosos. Normalmente, os pacientes encaminhados a essa sala, estavam debilitados, ficando vários dias no setor. Essa longa permanência significava uma carga extra de trabalho para os auxiliares de enfermagem. Este foi um local em que pouco trabalhamos por não estar no 'percurso' usual das vítimas de violências.

Ainda no segundo andar, a sala de politrauma era o lugar central de atendimento da maioria das vítimas de violências em estado grave. Nela ficavam os pacientes já medicados, mas que ainda inspiravam cuidados.

Nessa sala, lado a lado com os leitos dos já medicados, havia dois leitos que se destinavam às manobras de ressuscitação cardiorrespiratória; ali se travava a luta contra a morte. Quando chegava um paciente grave, amontoavam-se os auxiliares de enfermagem, acadêmicos, residentes e médicos. A eventual ausência de um médico que resolvesse os problemas mais críticos poria em xeque a 'competência' do residente de plantão, suscitando muitas vezes conflitos entre os profissionais de enfermagem, os acadêmicos e os residentes. Geralmente, os médicos apareciam e, na frente dos outros pacientes, faziam as manobras invasivas, fundamentais à sobrevivência dos que ali chegavam.[1]

No meio desse grande salão, havia um posto da enfermagem para onde os médicos se dirigiam, solicitando informações, medicamentos e materiais. A atuação constante dos profissionais de enfermagem era evidente; contudo, ali era um espaço em que o poder médico era central na organização do trabalho. Curiosamente, foi o setor onde mais observamos atitudes de 'insubordinação' dos auxiliares de enfermagem diante dos acadêmicos de medicina. A sala de politrauma, por ser um setor desgastante, que exige dos profissionais atenção, rapidez nas decisões e extrema competência, levava os estudantes que queriam impor um poder médico ainda questionável, a serem menosprezados por aqueles que, mesmo em categoria profissional considerada hierarquicamente inferior, tinham mais 'tarimba' em lidar com esses desafios.

Em frente à sala de politrauma situava-se a sala de Ortopedia, cujos profissionais atendiam os pacientes em estado mais grave, com fraturas expostas ou que necessitavam de redução cirúrgica etc. O setor estava sempre lotado de indivíduos que aguardavam, em sua maioria, uma decisão quanto ao seu caso (se iriam para a enfermaria ou se fariam cirurgia). A presença do médico se fazia por visitas breves em determinado horário do plantão. As enfermeiras de nível universitário também só monitoravam o trabalho, ficando o posto de enfermagem e a atuação mais constante para os auxiliares de enfermagem, que ministravam medicamentos, faziam assepsia dos pacientes e curativos. Os grandes e constantes conflitos se faziam sentir entre os pacientes e os profissionais de enfermagem pelos mais variados motivos: os pacientes queriam uma resposta para o seu caso e, como não tinham acesso ao médico, exigiam que as enfermeiras resolvessem o problema. Suas demandas por alimentação, banho, assepsia e troca de curativos nem sempre eram atendidas; alguns pacientes conscientes queriam se locomover, o que era visto como 'transgressão' às regras.

Ao final do corredor, localizavam-se as salas de chefia da enfermagem, chefia da equipe médica e de repouso dos médicos. Como bem situa Carapinheiro (1993), são áreas restritas às quais somente os pares ou profissionais de estatuto hierárquico superior têm acesso livre. São campos simbolicamente interditos aos pacientes ou familiares – que, somente no limite da porta, podem solicitar, extraordinariamente, entrar ali. São os espaços de convívio e cumplicidade entre os pares, "regiões de trás", como nos fala Giddens (1989). Raramente observamos a 'invasão' da sala de enfermagem por médicos ou o contrário. Lado a lado, as duas salas demarcavam territórios bem distintos.

Todo o espaço interno dos dois andares era abastecido por um possante ar-condicionado, as paredes ostentavam uma pintura nova e os ambientes eram limpos e iluminados.

Percebemos, enfim, que no primeiro andar (destinado às 'pequenas emergências') os profissionais eram submetidos a trabalho intensivo. O número de atendimentos diários correspondia à maioria de todo o setor. Este era, sobretudo, um espaço de circulação de pacientes, familiares, socorristas, profissionais da administração e funcionários envolvidos diretamente na produção da assistência. Era um espaço mais 'profano', dado que a população usuária (uma vez admitida sua entrada no andar) ali transitava de forma menos regulada. O segundo andar era uma região mais fechada à circulação de 'estranhos'. Ali estavam localizadas as zonas de interdição àqueles considerados não-pares (espaços exclusivos a médicos e a enfermeiras).

No Hospital 2, o espaço da emergência ocupava um único andar, o térreo, conformando um comprido corredor com salas à esquerda e à direita. A ventilação era dificultada pela ausência de janelas, o ar-condicionado central (que nem sempre funcionava) não dava vazão ao calor do verão. Permanecer ali, especialmente na sala do pronto-socorro, virava tarefa hercúlea. Além disso, o ambiente era pouco claro e a limpeza, às vezes, deixava a desejar. Os pacientes faziam fila no lado de fora, na mesma rampa da porta de entrada que dava acesso aos que chegavam de ambulância. A porta abria para um pequeno *hall*, bem no meio do andar, onde se localizava a recepção com os profissionais encarregados da triagem.

As salas estavam distribuídas umas em frente às outras, separadas por um longo corredor estreito. Eram elas: 1) sala de chefia da emergência; 2) sala dos médicos; 3) dormitório dos médicos; 4) sala de pequenas emergências pediátricas; 5) emergência pediátrica; 6) sala de otorrino; 7) salão de pronto-socorro (PS); 8) UPT (unidade de politraumatizado); 8) sala de enfermagem; 9) sala de aplicar medicação injetável; 10) sala de suturas; 11) salas de apoio de radiodiagnose.

Como no Hospital 1, a sala dos médicos era vedada aos não-médicos, contudo, nesse serviço, o espaço era bem menor. A questão das 'acomodações' dos médicos foi um dos aspectos que se destacaram nos depoimentos. Consideradas pelos médicos do Hospital 1 "desconfortáveis", foram execradas pelos do Hospital 2. Neste, o quarto dos médicos era um pequeno aposento com beliches sem roupa de cama, com leitos insuficientes para a equipe, em um ambiente quente e sem ventilação (o ar-condicionado não chegava até lá). Os profissionais afirmavam sentirem-se profundamente desprestigiados pela instituição, diante do que consideravam um tratamento ultrajante.

> Eu tenho família e chega de madrugada, se a gente quer deitar, é aquela nojeira, vamos falar o português claro, entendeu? As condições são as piores possíveis, a vontade que você tem é de sair correndo e voltar para casa. (H2/7 - médico)

> não é possível ganhar pouco, trabalhar numa condição insalubre, dormir num quarto como este que é uma verdadeira pocilga, um desconforto total (...) eu não tenho nem como acomodar essa gente (...) um médico aqui, deixar ele ganhando mal, trabalhando estressado, trabalhando com um volume de doente absurdo e ainda por cima ele não dorme porque não tem onde dormir. (H2/3 - médico)

Na diminuta sala de pequenas emergências pediátricas, havia apenas um biombo, que resguardava a privacidade de um leito e dois bancos largos. Era aparelhada com vários nebulizadores e uma mesa para a preparação de medicamentos. Nessa sala, a presença constante da enfermagem era monitorada, eventualmente, por um pediatra.

Em frente, mais bem equipada, a sala de grandes emergências pediátricas marcava a presença constante de pediatras, enfermeiras e auxiliares. Eram cerca de dez leitos que, em caso de superlotação, abrigariam até duas crianças em cada cama.

Muitas vezes, por falta de vagas nas enfermarias, as crianças e as mães permaneciam ali por semanas inteiras. Assim como no Hospital 1, as enfermeiras desse setor dedicavam-se ao atendimento pediátrico, conformando uma 'vocação'/especialização que lhes conferia uma certa diferenciação.

A sala de otorrinolaringologia, fechada em todas as nossas idas a campo (o profissional estava de licença), sugeria que a oferta desse especialista no setor público municipal não é muito grande. Em contrapartida, a sala de pequenas emergências em ortopedia estava sempre lotada. Igualmente ao que ocorria no Hospital 1, esta sala abrigava o trabalho solitário do ortopedista e seus eventuais aprendizes. Contudo, nesse serviço, em alguns plantões simplesmente não havia profissionais para o atendimento, fazendo aumentar dramaticamente os conflitos com a população.

No lado oposto do corredor, o salão de pronto-socorro (PS) apresentava um funcionamento peculiar: uma linha imaginária separava o salão em dois espaços: um lado para os homens e outro para as mulheres. Ocupado por vários leitos amontoados, o salão abrigava todo tipo de demanda: trauma, clínica, 'pequenas' e 'grandes' emergências, os que acabavam de ser operados e esperavam vagas na enfermaria, pacientes com doenças contagiosas, doenças crônicas ou fraturas (abertas ou fechadas). Nesse espaço, alguns biombos improvisados tentavam garantir alguma individualidade ao paciente.

Mal comparando, havia uma mistura das atividades de trabalho das salas de pequenas emergências, de ortopedia, de politrauma e de clínica médica do Hospital 1. O espaço diminuto, o calor, o cheiro de remédio, de urina, de fezes e secreções, entre corpos amontoados, contribuíram para que os profissionais batizassem essa sala, onde o trabalho era intenso e extremamente desgastante, de 'Vietnã'. Conflitos com pacientes e seus familiares não eram extraordinários, dado que as condições de atendimento inspiravam péssima impressão e nem sempre os médicos especialistas estavam disponíveis no plantão.

Na entrada dessa sala, em meio ao cenário dantesco, ainda funcionava uma pequena emergência para atender pacientes com dificuldades respiratórias.

A sala UPT também evidenciava contradições em sua organização. Embora denominada politrauma, tratava-se de uma sala pequena com seis leitos e que funcionava como CTI improvisado, atendendo também qualquer outra demanda mais grave (inclusive manobras de ressuscitação[2] e demais atendimentos clínicos). A gravidade dos casos tornava essa sala especial. Era uma das únicas cujas portas sempre estavam fechadas, delimitando física e simbolicamente o seu limite de acesso.

Contrariamente à falta de especificidade de setores tão cruciais, havia uma sala destinada unicamente à realização de suturas, feitas, geralmente, por um acadêmico.

No Hospital 1, percebemos uma organização do espaço de trabalho por campos do saber médico (ortopedia, clínica médica, pediatria), ou por demandas funcionais, ou peculiares do atendimento (sala de politraumatizados, sala de pequenas emergências). Assim, cada paciente era classificado e ocupava um lugar específico na lógica funcional do espaço. Segundo depoimento de um dos gestores desse hospital, o espaço assim dividido (primeiro andar para pequenas emergências; segundo, para grandes emergências) busca remediar e conter o problema da grande invasão de demanda ambulatorial, ficando o segundo andar resguardado dos atendimentos não-urgentes/emergentes. No Hospital 2, esse mecanismo era menos visível, em especial nas salas de pronto-socorro e na sala de politrauma.

Em ambos os hospitais, o espaço entre um leito e outro era de aproximadamente trinta centímetros, caindo para até zero centímetro, conforme a lotação. Finais de semana movimentados ou um acidente de médias proporções seriam suficientes para transformar os corredores, repletos de macas improvisadas, em espaço de atendimento.

O espaço diminuto, sempre lotado e sua organização 'flexível' a demandas distintas foram apontados, pelos profissionais do Hospital 2, como fatores de tensão e desestímulo. O espaço horizontalizado em um único andar, com intensa circulação de doentes, familiares, socorristas e funcionários diversos, dificultava a demarcação de zonas mais genuinamente interditas, embora estas existissem. Os profissionais, inclusive os médicos, ficavam fisicamente muito próximos da população usuária. Com poucos 'anteparos', não raro eram envolvidos em conflitos com a população descontente. Ouvimos, em várias entrevistas, sugestões para que se mudasse o setor de emergência para um andar superior, 'mais protegido da rua'. Nesses depoimentos, evidenciou-se que os limites da 'rua' (associada à idéia de violência e desordem) deveriam ser distinguidos e distanciados do espaço 'de dentro' da emergência.

No período em que transcorria a pesquisa, ambos os hospitais estavam sendo modernizados, com parte de suas instalações em obras. Contudo, em virtude da própria restrição do espaço, no Hospital 2, as obras foram encaradas pelos profissionais como um agravante das condições de trabalho, já que tinham de ficar, palmo a palmo, entre pedreiros, tapumes, poeira e material de construção.

> As condições de trabalho eu acredito que sejam as piores possíveis, principalmente com o hospital em obra (...) muita poeira (...) quando a poeira deposita no chão e você abre um doente (...), depois de uma cirurgia ele tem até abcesso de parede, uma infecção que é muito ruim. (H2/1 - médica)

Além dos óbvios riscos de infecção pós-cirúrgica e outros agravantes, os profissionais do segundo hospital sentiam-se desprestigiados por não terem sido consultados sobre tais reformas. A despeito da importância dessas obras, eles defendiam que deveriam ser ouvidos e que suas sugestões deveriam ter sido listadas e incluídas no plano da reforma. Para eles, tratava-se de mais uma 'obra política', entre tantas já presenciadas. Apesar de necessária, era uma obra que, segundo eles, não levava em consideração o ser humano que ali trabalha e fora decidida de forma autoritária.

> Nenhuma, nenhuma [participação nas reformas]. Infelizmente, quando isso acontece, vêm os engenheiros, os arquitetos da prefeitura, eles traçam como deve ser,

têm a orientação da direção. Mas nós mesmos, da emergência, nunca, nunca fomos consultados em termos da operacionalidade. (H2/4 - médico)

é a segunda ou terceira vez que eu vejo obra e nenhuma dessas obras contempla o profissional, o ser humano. Você não tem um lugar para tomar banho. Você não tem conforto mínimo, não tem (...). Quando a primeira obra ficou pronta, o ar-condicionado era aqui atrás. (...) A sala dos médicos é ali, você não tem três metros e foi dito pelo responsável da obra que não havia como puxar um duto de ar-condicionado, porque o calor aqui é insuportável. Isso para mim foi o descaso maior. Eu desisti de conversar, porque uma pessoa que não trabalha aqui, chega e diz para você: 'olha, não dá pra puxar e, mesmo que desse, eu não ia puxar porque vocês não estão aqui para dormir', essa foi a resposta que a gente ouviu. (H2/7 - médico)

Sobre o espaço, não nos perguntam, nos impõem. (H2/1 - médica)

Pudemos perceber que a lógica de ocupação e organização desses espaços reflete conhecimentos sedimentados, uma cultura organizacional e uma disposição considerada tecnicamente mais eficiente ou mais cômoda pelos profissionais. Mas que, sobretudo, cada ambiente de atendimento que compunha ambos os serviços constitui um espaço de regionalização de poderes, podendo ser, esses espaços, de interação, de conflito e/ou cooperação, de interdição e de domínio.

A organização desses espaços e a acumulação de suas contradições também podem significar sofrimento para o profissional, levando-o a se sentir em uma guerra (não é à toa que denominam de 'Bósnia' e 'Vietnã' os locais mais problemáticos). A decisão externa de modificação física desse espaço de interações (o que também desorganiza as regionalizações de cada uma dessas 'estações') é, sem dúvida, um elemento a mais de tensão.

A Dinâmica de Trabalho

A chamada invasão de demanda ambulatorial é, provavelmente, problema comum a todos os hospitais de emergência do país. Autores de outros países (Kluge, 1965; Davidson, 1978; Magnusson, 1980) apontam, há décadas, um crescimento significativo da utilização dos serviços de emergência, cujo maior afluxo tem sido o de pacientes com demandas não-urgentes.

Das centenas de atendimentos feitos diariamente pela emergência dos dois hospitais, a maioria diz respeito a situações que deveriam, na lógica do SUS, estar sendo atendidas pelas unidades básicas de saúde e ambulatórios. Estudo de Aquino (1987) alerta que o problema não é recente. Em 1983, 51,1% dos atendimentos do Hospital 2 e 61,9% dos realizados no Hospital 1 corresponderam a situações não-urgentes. Persiste um dos problemas centrais para essa situação: a inadequação da oferta dos serviços básicos às necessidades reais e simbólicas da população.

No Hospital 2, o próprio ambulatório tornava-se, a partir de determinado horário, quando se encerrava a distribuição de números, uma fonte de transferência de demanda para a emergência. Percebeu-se, por esse motivo, a existência de fortes conflitos entre esses dois setores.

> A emergência é muito acanhada para a demanda... Eu acho que o ambulatório aqui do hospital é absolutamente ocioso. Essa sempre foi a minha opinião, que esse ambulatório funcionasse como um pronto atendimento, em turnos de horários até dez horas da noite. Certamente ia reduzir o meu volume de atendimento a uma parcela bem reduzida e real (...). Então eu teria o hospital como um todo funcionando para a emergência, isso ia dar uma impulsão no hospital como hospital de emergência. (H2/3 - médico)

> ambulatório é um prêmio! Você chega às 12 h e não tem mais ninguém. Já vi cardiologista chegar às 12 e sair às 13 h. (H2/4 - médico)

Além da demanda que não é de emergência, vem se somar a de municípios vizinhos que, desprovidos de rede de serviços, vêm procurar socorro nos hospitais da capital. Contabilizam-se, ainda, os muitos casos de emergência que não encontram socorro nos hospitais das redes estadual e federal – que não realizam o atendimento por falta de profissionais, material e equipamentos e acabam por repassar ao município sua demanda. Os atendimentos que necessitavam de cuidados em ortopedia e neurocirurgia mostraram-se os mais críticos.

> A (...) maioria dos hospitais não tem atendimento neurocirúrgico de emergência. Não tem neurocirurgião de plantão, nem material para atuar. (...) Você tem, só que às vezes isso acaba se transformando num beco sem saída, porque você tem que atender – ou pelo menos deveria atender – uma demanda para a qual você não está preparado. Você está operando, às vezes tem dois ou três [hospitais] ligando, querendo saber se pode mandar. (...) O critério infelizmente é esse, quando eu estiver liberado eu vou receber, se eu estiver atuando, eu não vou receber, quem determina sou eu. Os hospitais, alguns tentam burlar isso, mandando o paciente da forma que bem entendem, trazendo o doente pra cá. Às vezes não tem como recusá-lo porque o estado é realmente grave. (H2/7 - médico)

> Porque nós recebemos pacientes de praticamente todo o Rio de Janeiro, hoje, tá? Carlos Chagas não atende [casos cirúrgicos de ortopedia], manda para cá. Getúlio Vargas não atende, manda para cá. (H2/9 - médico)

Em termos empíricos, o que se observou foi um número elevadíssimo de atendimentos por dia em cada hospital. Em 1990, o Hospital 2 atendeu uma média de 225 pacientes/dia. Em 1994, esse número chegava a 482 (dados do setor de Estatísticas Médicas). No primeiro semestre de 2000, esse hospital atendeu cerca de 23 mil pacientes/mês, logo, cumpriu uma média diária em torno de 766 (*Jornal do Brasil*, 21/07/00).

O crescimento desse padrão de utilização da emergência também se reflete nos números de atendimentos feitos pelo Hospital 1 ao longo da década de 90: em 1990, foram realizados 146.136; em 1999, esse número quase dobra, indo a 283.938. Portanto, as médias diárias no Hospital 1, em 1999, ficaram em torno de 778 atendimentos (dados do setor de Estatísticas Médicas). O agravante é que a equipe de médicos e de enfermeiras não aumentou na mesma proporção. Nesse hospital, no início de 2000, havia por plantão cerca de 23 médicos. Caso dois desses médicos entrem numa cirurgia, alguém falte ao plantão ou se organize para a substituição de um colega, a carga de trabalho aumenta consideravelmente, pois além desses quase 800 pacientes/dia, somam-se aos que ficam na emergência por dias, meses até.

Uma das médicas do Hospital 2 desabafa: “É o fim da picada. Sempre superlotado! Abre tanto posto e ninguém é drenado, não é possível! O município age como se fosse o pai do estado”. Tal afirmação, um tanto reducionista, reflete o sentido que se atribui à sobrecarga de trabalho diante de uma desproporcional divisão do trabalho entre as redes de assistência existentes no estado do Rio de Janeiro. Considerando-se que, dos hospitais na capital, a SMS tem sob sua responsabilidade somente 17% dos hospitais gerais (6 unidades) e 9% dos hospitais de especialidades (também com 6 unidades) e, considerando-se que a própria SMS possui 252 unidades de assistência (das quais somente 12 são hospitais), a afirmação da entrevistada ganha uma pertinência nada desprezível (Rio de Janeiro, 2000).

Segundo os profissionais do Hospital 2, os próprios postos de saúde da área não dão conta da demanda, enviando muitos casos para o hospital.

> Tem um PAM aqui do outro lado que tem não sei quantos médicos que não atendem, mandam tudo pra cá, ou seja, a gente faz atendimento primário, secundário e terciário. Acaba sobrecarregando todo mundo sem exceção. Eu atendo hoje desde unha encravada até fraturas complexas de coluna... Quando você já está no final do dia, supercansado de ter atendido uma clientela danada, chega uma fratura exposta, um baleado... (H2/9 - médico)

Este e outros depoimentos reforçam a necessidade de se investir, no mínimo, em uma maior articulação entre os serviços de saúde da mesma área programática. Algumas medidas têm sido esboçadas pela SMS, preconizando, por exemplo, que os exames complementares e cirurgias sem urgência só devam ser realizados quando solicitados por uma unidade ambulatorial pública.

Com o lema ‘hospital só em caso de emergência’, a SMS enfatiza a prioridade do Projeto de Desospitalização, que visa a ampliar o número de equipes do Programa de Saúde da Família, o contingente de agentes de saúde e o número de consultórios comunitários, além de incrementar o programa de atendimento e de internação domiciliar e expandir a oferta dos Centros de Atenção Psicossocial – Caps (Rio de Janeiro, 2000).

Em ambos os hospitais, há uma tentativa de distinguir os casos ambulatoriais dos de emergência/urgência.[3] No Hospital 2, essa triagem era feita por acadêmicos, clínicos, pediatras e outros especialistas que se revezavam em cada plantão. No Hospital 1, de manhã e à tarde, a triagem estava a cargo de um clínico, destinado unicamente a esse fim. Na prática, esta virava um espaço de ‘consulta’. Um a um, os pacientes iam falando de seus sintomas e queixas. No Hospital 2, ali mesmo, de pé, em meio a um barulho intenso, os profissionais examinavam e encaminhavam os pacientes para a sala de pronto-socorro a fim de receberem a medicação. No Hospital 1, o responsável pela triagem também prescrevia receitas e tentava, contando apenas com sua memória, fazer encaminhamentos para outros serviços.

A presença de médicos ou acadêmicos não era constante ao longo de todos os plantões. Especialmente nos fins de plantões e durante a noite, a triagem ficava sob o encargo de um dos seguranças das firmas que prestam serviços terceirizados a esses hospitais. Esses guardas não executam uma triagem, apenas controlam o fluxo de entrada e classificam a demanda. Essa classificação baseia-se em critérios absolutamente

leigos, associando a parte do corpo lesionada à especialidade médica e indicando qual sala procurar. Assim, se era uma perna quebrada encaminhava-se para a ortopedia, um olho lesionado devia ir para o oftalmologista... Como nem sempre julgar pelas aparências é medida segura, equívocos surgiam, comprometendo seriamente o atendimento.

> De todas as salas do Hospital 2, a que mais me causou espanto, surpresa, foi a sala de sutura. Para esta sala são encaminhadas as vítimas de corte, queimaduras, quedas e muitos, muitos casos de colisão, atropelamentos, facadas, mas que estejam conscientes. Estranhamente se valorizava o aspecto externo, feridas cortantes, perfurantes, contusas são encaminhadas para esse cafofo. Puxa, eles deviam ser primeiro avaliados por neuros, cirurgiões, para depois ver o corte. (diário de campo – acadêmico que integrou a pesquisa)

Enfim, a triagem feita pelos hospitais não resolve o problema, chegando a criar muitas vezes conflito entre população e profissionais e até tentativa (com êxito) de agressão física aos funcionários.

> A equipe tem que fazer triagem, é mentira. Porque se a equipe fizer triagem, o pau começa a comer ali fora, a direção vem e manda atender todo mundo... Porque eu dou toda razão ao paciente, porque o paciente é tratado, desculpe o termo, feito bosta. Empurram esse cara de um lado para outro. (H2/9 - médico)

Ficar na triagem é, quase sempre, desgastante. Silva (1994), ao estudar as cargas de trabalho impostas aos profissionais de saúde, destaca as cargas psíquicas perpetradas aos trabalhadores que funcionam como 'barreira' entre usuários e organização.

De forma geral, todos os entrevistados consideraram que há uma disparidade entre o tamanho das equipes, o volume da demanda e a carga de trabalho. Segundo os informantes, seriam necessários mais médicos e auxiliares de enfermagem. Percebe-se uma aparente contradição entre tal reivindicação e o reconhecimento de arranjos corporativos ('esquemas'), que levam à diminuição da presença dos profissionais em seus plantões (tema do qual trataremos adiante).

Concretamente, essa realidade de atendimento ganha contornos dramáticos para o dia-a-dia do profissional da emergência. A carga de trabalho é intensa e sempre desproporcional ao tamanho das equipes.

> Numa sala em que eu deveria ter em torno de 10 a 12 doentes, tenho no mínimo 30 doentes em cada sala (...) não tenho mais maca pra deitar doente, então é muito angustiante você trabalhar com um volume de doente que você não é capaz de gerenciar. (H2/3 - médico)

No Hospital 2, observou-se que, em determinados plantões, as equipes estavam incompletas, faltando, especialmente, ortopedistas. Os profissionais da pediatria reivindicavam a presença de cirurgiões pediátricos no *staff,* dado que a demanda para tais profissionais era considerável.

> Se é trauma e é uma criança grande, o cirurgião geral opera. Mas [se for] um lactente ele não opera e realmente não está preparado. Então nós estamos com um intestinal aqui, doze horas, isso é um absurdo, entendeu? Porque precisava de vaga, a criança estava desidratada e eu não conseguia vaga. Fiquei desesperada, eu

falei: 'essa criança vai perder o intestino', e perde mesmo... O cirurgião disse que não operava, era um lactente, ele não tinha como. Então é um inferno, né, a gente depende do Souza Aguiar pra cirurgia pediátrica, porque lá eles têm o cirurgião pediátrico. E, na maioria das vezes, eles dizem que não têm como atender. (H2/1 - médica)

Todos os plantões estão reduzidos. (...) tem plantão que tem, tem plantão que não tem (ortopedia). (H2/6 - enfermeira)

a nossa escala está muito escassa. Porque nós temos funcionários antigos que se aposentaram e nós não recebemos funcionários para repor. (H2/8 - enfermeira)

Se o fluxo de entrada dos pacientes na emergência é demasiado e contínuo, o de saída é muito mais lento. A obtenção de vagas nas enfermarias foi apontada pelos profissionais dos dois hospitais como problemática. Alguns revelam que conseguem vaga pelo exercício de conhecimento e por troca de favores. Outros afirmam que é necessário 'ficar em cima', isto é, exercer uma cobrança constante e diária junto ao chefe do setor.

Eu consigo vaga pelo meu... colóquio, o meu bom relacionamento com os paramédicos, geralmente... Aqui sempre tem uma vaguinha para mim, mesmo que as condições sejam as piores possíveis... Não deixa de ser uma fonte de corrupção. (H2/1 - médica)

Quando eu estou ali a pressão é diária, todo dia, de manhã, de tarde, de noite, de madrugada, eu vou lá: 'Tem vaga? Alguém já foi embora? Pelo amor de Deus! Eu tenho quarenta e tantos lá embaixo'... (H2/14 - enfermeira)

No âmbito da lógica administrativa do próprio hospital, ficou evidente a falta de comunicação entre os setores de emergência e enfermarias. Além desse problema, precisa-se ponderar que há superlotação das enfermarias e dificuldade de se ter leitos disponíveis com a mesma rapidez com que entram mais pessoas na emergência. Há ainda que se levar em conta que aquele hospital que não nega atendimento acaba cobrindo toda uma demanda reprimida de outras áreas programáticas do município e de outras cidades. Assim, o serviço de emergência expressa contradições estruturais (da própria lógica organizacional do sistema público de saúde) e internas (da lógica administrativa do próprio hospital em que a emergência se insere).

O fluxo de alta também é lento, especialmente nos pacientes de ortopedia. Há ainda os chamados pacientes sociais, ou seja, aqueles que não possuem família ou cujos parentes alegam não ter estrutura para cuidar da recuperação do indivíduo. Essa situação é muito mais comum do que se imagina, especialmente com pacientes idosos.

No Hospital 2, o médico fica responsável pela internação e pela obtenção de vaga nas enfermarias; no Hospital 1, esta incumbência cabe à enfermagem. As relações entre profissionais da emergência e chefias das enfermarias chegam, às vezes, a acirrados conflitos.

Especialmente os profissionais do Hospital 2 pleiteavam que se priorizasse mais a emergência, garantindo tanto as internações quanto as cirurgias. Num certo sentido, o que os profissionais de ambos hospitais reivindicam é uma certa racionalização do trabalho hospitalar; uma ordenação administrativa e técnica que articule rotinas e que faça as 'pontes' entre os setores, dispensando essa carga adicional

de estresse e de responsabilidade do profissional de saúde, que tem de realizar, individualmente, tais tarefas.

> Não é um hospital de emergência? E as altas? A prioridade deveria ser a emergência. A emergência deveria ser o cartão de visita do hospital. (H2/11 - médica)

> A emergência é o órgão de choque do hospital, apesar de ser isso tudo, é o setor do hospital que é menos valorizado... (H2/4 - médico)

Diante de tais dificuldades, não foi raro ver pacientes que permaneciam vários dias, meses até, à espera de uma internação. O pós-operatório no leito de emergência também se revelou corriqueiro, contrariamente ao preconizado como adequado. Tal situação é motivo de insatisfação de muitos profissionais, que, ciosos de seu trabalho cirúrgico, prevêem a possibilidade de complicações clínicas. Também se pode perceber a presença daqueles que precisariam de internação por outros motivos, mas que, pela falta de vagas, também permanecem no setor.

> Agora estou com quatro Sidas lá, então é uma dificuldade geral. Eu preciso ter um lugar onde colocar esses doentes que são potencialmente contaminados (...) – os tuberculosos que ficam tossindo em cima dos outros. Eu não tenho espaço, tenho uma maca do lado da outra, um contaminando o outro. Fazer um pós-operatório num doente desse é um absurdo. (H2/3 - médico)

A presença desses pacientes é também alvo de contrariedade dos profissionais de enfermagem, que se vêem obrigados a se desdobrarem para atender tantos indivíduos, que "não são mais do seu setor", já que não são mais casos de emergência. Além da evidente sobrecarga de trabalho, esses pacientes não motivam o profissional de enfermagem, uma vez que não exigem dele conhecimentos específicos de urgência/emergência. Serão vistos, pois, como pacientes que requerem "cuidados de hotelaria": medicação, alimentação, roupa, banho e repouso, causando especial desagrado quando exigem medicamentos a serem ministrados a intervalos pequenos.

Dessa forma, com um fluxo de entrada massivo e de saída lento, ocorre uma lotação excessiva, geralmente acima da capacidade do setor. Essa superlotação compromete a qualidade do atendimento, independentemente das condições de trabalho disponíveis, agravando-se, sobremaneira, quando tais condições não são as mais adequadas. Começa, então, uma seleção dos cuidados que serão oferecidos. Situação que Skaba (1997) denomina de cotidiana e penosa "escolha de Sofia". Um de nossos depoentes esclarece:

> Você começa a escolher qual tipo de paciente mais grave que precisa de mais cuidados. (...) Você prefere, muitas vezes, só fazer aspiração no paciente e não virar, até porque não tem tempo. E por aí, como outros cuidados, você começa a selecionar. Banho, por exemplo. Você de repente está muito cheio, você dá banho nos pacientes mais sujos, vamos dizer assim. Até porque falta roupa às vezes, quer dizer você seleciona (...). E por aí, você vai vivendo sua escolha o dia todo. (H1/3 - enfermeiro)

Essa dinâmica caótica de trabalho imprime uma boa dose de sofrimento aos profissionais. Evidencia-se a presença de condições, apontadas por Dejours (1999)

como desencadeadoras de sofrimento. A primeira é a chamada "pressão por trabalhar mal", isto é, quando o trabalhador sabe o que deve fazer, tem competência para tal, mas não pode realizar bem suas atividades porque o impedem as condições técnicas e sociais disponíveis naquele PT. Tal fenômeno é evidente nas falas dos profissionais: "Uma coisa que me incomoda muito é eu não ter recursos para tratar da maneira como eu sei tratar. É (...) não ter instalações adequadas para a gente funcionar" (H2/1 - médica).

A "falta de esperança de reconhecimento" é outra condição apontada por Dejours e presente na realidade de trabalho desses profissionais. Um trabalho que se realiza com considerável esforço e investimento pessoal e nem sempre é reconhecido (aspecto mais intensamente frisado, como já apontamos, pelos trabalhadores de enfermagem).

> *O reconhecimento não é uma reivindicação secundária dos que trabalham. Muito pelo contrário, mostra-se decisivo na dinâmica de mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho (o que é classicamente designado em psicologia pela expressão motivação no trabalho).* (Dejours, 1999: 34)

Ficou evidente ainda que as condições insatisfatórias de trabalho causam ainda um desgaste adicional: o receio de ser culpado juridicamente diante de um atendimento precário.

> Tipo, operamos o paciente, e se a gente fosse ter alguma espécie de cobertura, tudo bem, que o hospital estaria dando todas as garantias. Mas vai ser assim: ah, doutor, o senhor operou, se o senhor sabia que a sala não tinha condições, o senhor operou porque quis (...) [Hoje com as obras está dando para operar?] Só pego fratura exposta. E mesmo assim, acabou, tecnicamente falando, você não tem a necessidade de fazer uma cobertura antibioterápica de uma fratura exposta (...) a gente faz a cobertura antibioterápica por profilaxia jurídica, tá? (H2/9 - médico)

> Lá eu estava me expondo [falando de outro hospital estadual onde trabalhava e de onde saiu pelas más condições de trabalho]. (...) Lá você não tem nem um Raio-X, não tem parâmetros de uma avaliação de um paciente. Não tem um tomógrafo. (...) Você paga um bom advogado, gasta dinheiro, levanta literatura... Não vai dar em nada, mas você... Um médico que hoje tem a vida atribulada, tem que ir duas, cinco vezes num tribunal, responder uma besteira por causa de um "suja golas" que está querendo dinheiro, se ganhar, e o miserável que está vivendo naquela esperança de ganhar algum trocado às custas do médico que tentou ajudá-lo. Isso é um problema muito sério. (H1/11 - médico)

Apesar dessas dificuldades, vividas diariamente nos dois serviços pesquisados, há um forte consenso entre os profissionais de que a emergência do hospital público é a melhor opção, e em muito superior aos serviços privados, para aqueles que precisam de atendimento genuíno de emergência (a rigor, na prática, os que estão em risco de vida). Como afirma Aquino (1987:198):

> *Existe hoje uma extensa rede de serviços de emergência que se distribuem amplamente pelo Município. Essa rede é essencialmente pública e, apesar dos problemas de ordem material, tem ampla tradição de assistência especializada.*

Apesar dos problemas, conta-se com a excelência técnica de seus profissionais e com a estrutura previamente disponível (equipes de vários especialistas, centro cirúrgico preparado, exames de apoio diagnóstico etc). Contudo, para aqueles que não se encaixam nessa necessidade, torna-se um serviço de qualidade discutível.

> Então... com a estrutura que a gente tem, acho que a gente consegue um desempenho bastante razoável. Com o que é grande emergência, a gente consegue um desempenho bastante bom. Agora, em termos de atendimento a essa população que não é de emergência, eu acho que o atendimento fica bastante comprometido. (H2/3 - médico)

> Quem vem para os hospitais públicos recebe, sim, um tratamento honesto, um tratamento verdadeiro, durante 24, 48 horas. Depois as coisas começam a pesar, porque a demanda é muito grande. (H1/7 - auxiliar de enfermagem)

Embora os hospitais pesquisados sejam do município, portanto, com orientação administrativa semelhante, as condições de trabalho e as relações organizacionais internas (entre os diferentes atores e setores) mostraram-se bastante diferenciadas.

Percebemos, entre os profissionais do Hospital 2, um certo ressentimento com o que julgam ser um tratamento desigual por parte da Secretaria de Saúde. Segundo essa ótica, o Hospital 1, pela visibilidade que tem na mídia, por se situar na área rica da cidade e por atender uma parcela abastada da população, acumularia, historicamente, determinadas benfeitorias e benesses, bem como maior reconhecimento.

Em contrapartida, o Hospital 2, por estar na Zona Norte e atender majoritariamente a população das favelas vizinhas, não desfrutaria do mesmo *status* e espaço político. Independentemente da veracidade ou não de tal visão, o que vale ressaltar é o significado que possui. Há um sentido de reconhecimento desigual entre instituições, em que a hierarquia de importância entre os hospitais é transferida para o indivíduo, para o seu *status* de profissional, para a sua auto-imagem e para o seu prestígio pessoal.

Os Meios de Trabalho

Os meios de trabalho no PTS são os mais variados e refletem a complexidade desse tipo de produção, envolvendo desde os meios materiais até os conhecimentos e tecnologias incorporados. O impacto das mudanças tecnológicas no PTS se concretiza nos fármacos, imunobiológicos e reagentes para diagnóstico e em diversos procedimentos e equipamentos modernos. Essas tecnologias diversas são tanto materiais (equipamentos e produtos) quanto imateriais (saberes e técnicas) (Dal Poz & Martins, 1998).

Os meios de trabalho são, sobretudo, resultado de outros PT, envolvendo todo um percurso de inovações técnico-científicas e uma readequação desses trabalhadores para manuseá-las. A complexidade desses meios incorporados à produção da assistência médica faz com que hoje muitos profissionais dependam quase exclusivamente da organização hospitalar para o seu exercício profissional (como é o caso do cirurgião, neurocirurgião, neonatologista e outros especialistas que, sem os recursos tecnológicos do hospital, não realizariam seu trabalho).

Apresentaremos, a seguir, a avaliação dos profissionais quanto a esses meios de trabalho. Não discutiremos tal questão de forma exaustiva, mas segundo as prioridades desenhadas nas falas de nossos interlocutores.

A questão dos materiais e medicamentos não chegou a demarcar uma diferença significativa entre os dois hospitais, pois a maioria dos entrevistados afirmou que eles não costumam faltar. Explicaram que a emergência ainda tem uma reposição superior a outros setores do próprio hospital: "Medicamento não falta de jeito nenhum. Material também não falta. Acho que em si só o comecinho é meio chato" (H1/2 - enfermeira).

Esse "comecinho" relatado no depoimento diz respeito a lençóis, fronhas e colchonetes para forrar macas e leitos, que faltam constantemente nos dois hospitais, deixando o paciente em contato com a chapa fria e dura das macas.

Em ambos os hospitais, o problema dos equipamentos revela uma lógica macroburocrática, pouco ágil, que nem sempre considera as necessidades de cada serviço e setor. Não raro, a reposição de peças é vista pela administração pública como mais complexa do que a compra de outro equipamento. Por isso, às vezes é mais fácil ter disponível um equipamento considerado 'de ponta' do que aqueles considerado básicos e/ou fundamentais.

> Tem material mas não tem capiladora. O osso é um tecido totalmente duro. Se eu usar a perfuradora agora, a próxima cirurgia eu vou ter que fazer com perfuradora manual, e todas estão em péssimo estado. E não agüentam o tranco e ninguém agüenta... roda, roda, roda e você cansa, você perde tempo sem necessidade (...). Tem até material para fazer prótese total de quadril, mas a gente não faz nem o básico, que é fratura de colo de fêmur. Tem material, mas infelizmente não tem Raios-X no centro cirúrgico. Nós temos um intensificador de imagem que está parado não sei há quantos anos. Então, são coisas simples que poderiam ser sanadas, mas há a dificuldade burocrática. (H2/9 - médico)

> falta de respirador, falta de peça para o respirador... Então você tem que usar sua criatividade para engatilhar o respirador e fazer ele funcionar. Aqui na sala de pediatria eu tenho um *baby breath* que o pessoal chama de *baby Sauro*, que é velhíssimo, e um inter 3, que é tecnologia de ponta... Um oxímetro. A gente não tem que ter isso. Isso é equipamento de CTI... (H1/4 - enfermeira)

O mesmo problema é destacado por Cohn (1992). Em seu estudo, a queixa pela manutenção dos equipamentos foi uma constante. Segundo a autora, mais uma vez, evidencia-se a falta de autonomia dos serviços que, via de regra, dependem das instâncias administrativas do SUS para a resolução de problemas cotidianos, o que contribui para sua ineficiência.

> *Para lá [os serviços] vão os 'pacotes' prontos, as normas de atendimentos, a hierarquização e procedimentos de trabalho definidos, o quadro de profissionais. A autonomia que lhes resta é na utilização de uma verba – no geral irrisória – para limpeza e pequenos consertos.* (Cohn, 1992:35)

Para Cohn, a conseqüência dessa falta de autonomia, especialmente para a manutenção de equipamentos, remanejamento e contratação de pessoal, é um difuso descontentamento. Tal quadro se reproduz em meio a uma cultura de ausência de

responsabilidade pública, reforçada pela visão de que o PT é externo aos seus agentes. Portanto, a responsabilidade diante dos eventuais malogros é transferida para 'eles' – 'o governo'.

Os serviços de apoio diagnóstico (exames laboratoriais e de radiodiagnose) são considerados da maior relevância para o atendimento; são serviços complementares que possuem uma dinâmica de trabalho e uma organização diferenciada (como no caso dos laboratórios). Incorporam conhecimentos que não se limitam ao saber médico, envolvendo outros campos, como física, biologia e química. Na maioria das vezes, o chefe desses setores é um médico com especialização na área. Os exames constituem, ao mesmo tempo, um meio de trabalho fundamental na emergência, como um delicado eixo na rede de relações organizacionais.

O laboratório que realiza os mais variados testes e exames para a emergência também é responsável pela provisão de apoio diagnóstico a todos os outros setores do hospital. Assim, se não for explícita a orientação administrativa quanto à prioridade a ser dada a esse ou àquele setor, a ordem das demandas será reinterpretada por seus funcionários. Novamente se coloca a questão da racionalização da dinâmica de trabalho no hospital e a imprescindível articulação entre as necessidades do setor de emergência e os PT de outros setores. No Hospital 2, houve reclamações quanto ao tempo de espera para a entrega de resultados, que, segundo os informantes, variaria de um plantão para outro. Excepcionalmente houve quem fizesse restrições quanto à qualidade dos exames feitos.

> A gente não tem um laboratório atuante, de bom padrão, confiável. O laboratório ajuda muito pouco e a gente vai mais pela experiência da gente do que pelo laboratório. (...) O resultado do exame, se você não ficar em cima deles, não desce. (...) Então você colhe o exame e às vezes o laboratório dá o resultado para a equipe seguinte, quer dizer, doze horas depois. (H2/1 - médica)

Os profissionais dos dois hospitais reclamaram quanto à lentidão do fluxo entre solicitação e entrega dos exames. É comum um exame ser solicitado duas vezes: pela equipe do plantão diurno e novamente pela equipe do plantão seguinte. Tal fato revela que tanto é precário o controle dos pedidos como é morosa e igualmente má registrada a entrega dos resultados.

Os serviços de radiodiagnose, cruciais ao trabalho da ortopedia, não suscitaram críticas mais significativas. Foi apontado que não raro, devido ao constante uso dos equipamentos, alguns ficam danificados, mas o conserto tem sido rápido.

A chegada do tomógrafo no Hospital 2 foi especialmente comemorada pelos profissionais, que ressaltam ser ele um recurso tecnológico fundamental para a neurologia, dando uma margem de segurança maior ao diagnóstico. O outro lado dessa moeda é a transformação do equipamento em pólo de atração para outros hospitais que não o possuem.

Essa situação é confirmada por Pires (1996), quando discute que o uso de tecnologia de ponta nos serviços de saúde, embora não represente substituição da força de trabalho, amplia o rendimento e a demanda para um mesmo contingente de trabalhadores mais sobrecarregados.

Emergência e Identidade Profissional

> *A doença aguda e as lesões por violências precisam de nós desesperadamente, a qualquer hora, a qualquer dia. Ninguém que entre pela porta da emergência precisando de nossos serviços falhará em receber nossos melhores esforços. Os médicos de emergência voluntariamente colocam a si mesmos sob os riscos da violência e das mais mortais enfermidades (...). Nosso trabalho é ocasionalmente emocionante, muitas vezes repetitivo, freqüentemente triste, às vezes perigoso, geralmente descrito como estressante, e em certas ocasiões incrivelmente recompensador.* (Frumkin,1992:120-121)

A emergência forja, em largos contornos, uma 'vocação' peculiar. Permanecer como profissional de emergência exige forte identificação com esse setor. Como muitos entrevistados disseram, "passar pela emergência todos passam, mas para ficar tem que gostar" (H2/8). Essa fala reflete, por um lado, a importância da emergência numa etapa da formação do profissional e, por outro, a necessidade de desenvolver laços, um perfil e, sobretudo, defesas que permitam a permanência no setor.

Os profissionais de emergência (como outros inseridos no PT hospitalar) são submetidos regularmente à sobrecarga de trabalho (mental, psíquica e até física). Há uma constante pressão para tomadas de decisões rápidas (fundamentais no atendimento de emergência). As jornadas de trabalho são extenuantes, dado o volume de pacientes; e a reposição de energia dos trabalhadores nem sempre é adequada, pois são submetidos a plantões que, especialmente os noturnos, lhes alteram o biorritmo de sono, alimentação e atividades sociais (Silva, 1994).

Muitas vezes estes trabalhadores são obrigados a resolver, individualmente, as lacunas deixadas pela não racionalização administrativa e técnica do PT. Não raro, precisam articular, pela via pessoal, os diferentes PT (da emergência e de outros setores como os laboratórios, enfermarias etc) quando estes deveriam estar articulados de forma mais coesa, o que implica conflitos e desgaste. Além disso, ainda se dedicam a vários empregos, visto que os salários são baixos no setor.

O ritmo frenético da prática de emergência não deixa esses profissionais ilesos. Os confrontos entre profissionais e clientela são fatos comuns que agregam maior tensão ao exercício das tarefas nas emergências, o que acaba fazendo com que todos os envolvidos no trabalho se sintam pouco reconhecidos, sentimento que se agrava de acordo com a hierarquia profissional. Há falta de comunicação entre profissionais de formações distintas e entre setores diferentes do próprio hospital, o que dificulta ainda mais o trabalho a ser executado. Além disso, os profissionais também são obrigados, por seu ofício, a lidar com os sentimentos de depressão, desespero e ansiedade dos pacientes e familiares. Como Pitta (1994) alerta, lidam cotidianamente com o sofrimento.

> Estressa mais, claro! É uma falha, algum problema, o doente morre. Você sabe que o doente morre ou pode ficar lesado. E mais a pressão. Evidentemente na emergência tem mil e outras pressões. Pressões dos familiares... e pressão mesmo de você. Do seu ego. Doente grave. Você não pode brincar, não pode perder tempo... Tem que agir rápido. (H1/8 - médico)

> Depois de um certo tempo, você fica doido. Você fica 'maluquinho da silva'. Eu, pelo menos, fico. E conheço um monte de gente que fica. Porque você fica esperando... O teu maior problema aqui é esperar! Porque você não sabe o que vai entrar por aquela porta. (H1/4 - enfermeira)

Entretanto, ainda que possa soar contraditório, o mesmo trabalho que produz sofrimento é fonte de realização. Assim, os profissionais identificam habilidades especiais e um perfil diferenciado que não dependem só do conhecimento técnico. Há uma nítida auto-imagem que conjuga prerrogativas de iniciativa individual, capacidade de decisão rápida e domínio técnico. Há, explícito, um prazer em deter e exercer tais habilidades.

> Na emergência você tem que pensar rápido. É aquela brincadeira: 'pensa rápido senão fulano morre'. E muita gente não tem, cansa de trabalhar na emergência. 'Pensa rápido, oh!' Olhar o paciente e dizer: 'tá chocando! Pega uma veia!'. (H1/4 - enfermeira)

> Na emergência você tem que ter muito mais dinâmica. Tem que ter mais tirocínio, rapidez e saber certos procedimentos... (H1/8 - médico)

Poderíamos argumentar, como Carvalho (1995), que esse trabalhador, alienado de seu desejo, incapaz de significar o mal que o acomete, toma como seus os desígnios da organização. Outra hipótese é a de que sua capacidade de desenvolver sistemas defensivos o torna mais resistente. Esse autor indica que muitas vezes "a organização do trabalho desencadeia, na estrutura psíquica, o deslocamento da identidade subjetiva pelo traço identificatório do trabalho com fins a um maior controle e produtividade" (Carvalho, 1995:63-64).

Seria, então, uma identificação forjada pelo próprio PT, como uma espécie de 'alienação' frente ao seu próprio sofrimento? No caso do PT em emergência, não podemos esquecer que o serviço produzido por esses trabalhadores é de natureza *sui generis*. Nos depoimentos, ficaram evidentes a vaidade e o orgulho profissional em praticar uma medicina resolutiva, capaz de salvar vidas diante da morte iminente. Há o fascínio por esse tipo de ação que conjuga, de imediato, a arte médica, a habilidade do praticante e todo o aparato tecnológico disponível e exigido.

> A emergência faz você enxergar além. Nenhum outro lugar te dá isso, eu gosto mesmo é da emergência. (H2/11 - médica)

> Porque eu acho que é um retorno rápido, o retorno da emergência. (...) Eu adoro atender trauma, adoro, entendeu? Eu acho gratificante, porque da tua conduta depende a vida daquela pessoa. (H2/1 - médica)

> Porque eu tenho a oportunidade diretamente de me sentir útil, de saber que sou imprescindível, de repente até para salvar uma vida. Eu gosto! (...) Eu adoro politrauma. Porque tem que ter habilidade para trabalhar, tem que ter técnica. Você tem que estar consciente do que está fazendo na hora. É um setor responsável por salvar vidas. (H1/9 - aux. enfermagem)

Podemos ponderar que há embutido nessas falas um sentimento de poder diante do inexorável, diante da morte. Não é à toa que vários autores (Coser, 1958; Freidson,1970; Foster & Anderson, 1978) comparam o trabalho de emergência a uma

ação militar e ressaltam a necessidade de precisão, decisão e perícia para empreendê-lo. Enfatizam também a rígida hierarquia que se impõe para seu exercício.

> *Uma situação de emergência, seja na sala de operação seja em qualquer parte, se caracteriza exatamente pelo fato de que uma tarefa deve ser realizada no mínimo de tempo possível. Seja nas operações militares ou nas operações cirúrgicas, não pode haver dúvidas sobre quem toma as decisões e sobre o fato de que estas devem ser tomadas rapidamente e levadas a efeito sem perguntas e sem delongas.* (Coser, 1958:58)

A situação de emergência dá aos médicos uma supremacia indiscutível na lógica da divisão do trabalho médico. Freidson (1970) chega a comparar a emergência a um “estado de sítio”, em que o poder, por força da excepcionalidade da situação, é centralizado nas mãos de determinados atores a fim de melhor controlar a crise.

Entretanto, essa identificação com a vocação emblemática do trabalho em emergência (a de “salvar vidas”) pode refletir também uma das poucas possibilidades que esses profissionais têm de sentir que participaram de um PT como um todo, pois geralmente, o trabalho em emergência é segmentado pelo sistema de plantões, pela divisão horizontal do atendimento segundo as especialidades. Quem dá início ao atendimento de um paciente, via de regra não o acompanha até o fim, desconhecendo o desfecho da assistência prestada. Nas situações graves, de risco de vida, a primeira intervenção cria a idéia de atendimento que se completa, seja com a sobrevivência seja com a morte do paciente.

Percebe-se ainda a existência de uma identificação seletiva, que distingue a prática de emergência voltada para o atendimento em trauma e aquela direcionada às causas clínicas. Há, em linhas gerais, uma identificação maior com o trauma. O fato de termos entrevistado os profissionais ligados ao atendimento das vítimas de violências pode ter influenciado tais respostas. Mas, mesmo os profissionais de enfermagem e auxiliares que não se dedicam exclusivamente aos pacientes ‘traumatizados’, afirmam que há os que gostam da área clínica e os que preferem a traumatologia.

> Porque na clínica, por mais que você faça, não altera quase nada! O trabalho na clínica, eu fico desesperado de ver. Você trabalha, trabalha, trabalha... e tu não vê o resultado, não vê o paciente sair, ter alta. Você não vê chegar aqui apagado e, de repente estar lúcido, falando... [Pelo que eu estou vendo, você destaca o politrauma dos outros setores da emergência?] Claro! Você chega aí com um TCE, com afundamento torácico, com amputação traumática, coisas do gênero, e a gente consegue reverter boa parte. (H1/9 - aux. enfermagem)

Além dessa forte vocação, os profissionais apontam outros fatores que contribuem para a identificação com a prática de emergência. Entre eles, a possibilidade dada de acumular experiência e tarimba em sua especialidade ou exercício profissional. A emergência é tida como um *locus* privilegiado para continuar aprendendo e trocando conhecimentos com colegas mais capacitados e de outras especialidades. Há, sobretudo para os médicos, uma valorização dessa prática que ainda tem um caráter de coletividade, de equipe. É visto positivamente poder exercer a autonomia de decisão e de iniciativa própria com a troca profissional e a consulta aos mais experientes.

> Eu estou com oito anos de formado. Isso pra mim é muito pouco em termos de neurocirurgias (...). Preciso me especializar muito mais, preciso aprender mais e a emergência é uma coisa que se você faz com carinho, se dá, é gratificante. Você salva muitas vidas, você aprende muito. (H1/11 - médico)

> Tem esse lado de você estar com os amigos, tem gente que sabe mais um pouco que você, aí você sabe um pouco mais em outra coisa pra transmitir. É uma troca. E você convive também com outras especialidades. (H1/6 - médico)

O apoio e a coesão interna das equipes, como apontado por Libouban (apud Pitta, 1994), constitui um importante mecanismo de defesa diante da sobrecarga emocional, constante num serviço de emergência.

Carvalho reafirma a importância do grupo, em que são construídos os significados do trabalho, das dificuldades e do sofrimento que enfrentam. Configura-se, no grupo, "um campo possível de elaboração de um saber do trabalhador sobre si mesmo" (Carvalho, 1995:62). Elabora-se um conjunto de referências que 'localizam' a vivência individual desse trabalhador.

É também nas vivências de grupo que são criadas algumas das condições de produção de uma identidade desse profissional. Como Rangel defende, a construção da identidade se dá por meio de uma dinâmica relacional de produção cultural que possibilita que o indivíduo reconheça a si mesmo pelo que é idêntico e pelo que é diferente a partir das relações de poder estabelecidas (tanto no âmbito do trabalho como na sociedade). "A construção da identidade no trabalho se fará, portanto, com base na identidade conformada pelos sujeitos no seu contexto das relações de poder nos locais de trabalho, tendo por base o habitus construído dentro e fora dele" (Rangel, 1993:334).

Os profissionais entrevistados, porém, também apontam, enfaticamente, muitos fatores para o desestímulo em relação ao trabalho de emergência. O aspecto mais citado, como vimos anteriormente, é a invasão massiva de casos que não são de emergência, o que, além de provocar um óbvio desgaste devido à sobrecarga de trabalho, provoca ainda um sentimento de 'desperdício' da vocação maior (de salvar vidas, de intervir em casos complexos) e de subutilização do alto preparo técnico ao qual se dedicaram a conquistar.

> Eu digo pra você, trabalhar na emergência é muito gratificante, mas em emergência. Aqui eu não trabalho em emergência. Aqui eu trabalho numa grande enfermaria, com uma rotatividade maior que outras enfermarias (...) aqui no Rio é muito desgastante por isso, porque tua função não é aquela à qual você se propõe. (H2/1 - médica)

Finalmente, entre os profissionais de ambos os hospitais, o salário foi o fator mais apontado como causa de desestímulo. Em fins de 1996, considerando-se os incentivos de produtividade, um médico ganhava, para uma jornada de 24 horas semanais, o salário médio de R$ 985,78, oscilando entre R$ 881,87 e R$ 1.089,69 (incluída a produtividade dos profissionais de nível superior, que era de R$ 269,21). Contabilizando-se tais quantias, tem-se o valor de R$ 10,27 por hora. Uma enfermeira recebia um salário médio de R$ 985,78 para uma jornada de 32 horas e 30 minutos semanais, ou seja, R$ 7,58 por hora; os técnicos de enfermagem recebiam em média R$ 472,93 (incluída a produtividade)

e os auxiliares com primeiro grau recebiam R$ 393,90 para a mesma jornada da enfermeira de nível superior, o que equivale a R$ 3,60 e R$ 3,03 por hora, respectivamente.[4]

Além do baixo poder de compra, tais salários representam (especialmente para a categoria médica) o significado do desprestígio.

> O Nilo Coelho, que foi governador da Bahia, uma vez falou uma frase que eu achei gozadíssima: médico é igual a sal, é branco, é barato e você compra em qualquer lugar. E é a pura verdade, eu estou chegando a essa conclusão. (H2/9 - médico)

> Estar aqui no final de semana não é das melhores coisas da vida. Ainda mais você tendo família, e um salário vil, muito vil (...). Hoje é um problema muito sério você depender do dinheiro da medicina. (H1/11 - médico)

Os profissionais analisam que o longo investimento exigido para a formação médica não é reconhecido no valor dos salários. Vêem-se obrigados a multiplicar suas jornadas em vários empregos, seja na rede pública, privada ou em consultórios. Muitos atravessam a cidade, de um extremo a outro, várias vezes na semana. Assim, aquelas especialidades médicas, cujo mercado ofereça mais postos e remuneração mais atrativa, rapidamente se evadirão do serviço público.

Há pelo menos uma década, alguns autores têm apontado a tendência de 'rejuvenescimento' da população de trabalhadores do setor da saúde pública, dado que os baixos salários estimulam a rotatividade e não se tornam atrativos aos que têm maior qualificação profissional (Medici, 1987; Nogueira, 1987). Pesquisa de Machado (1996) indicou que, na cidade do Rio de Janeiro, 56% dos 25.306 médicos pesquisados tinham, na época, até 39 anos.

Os médicos formados há mais tempo constatam, com tristeza, o declínio dos serviços públicos de saúde; lembram, nostalgicamente, de um tempo em que ser médico de um hospital público era sinônimo de *status* e de excelência profissional e relembram os "grandes nomes" de catedráticos que chefiavam as equipes e fomentavam um debate acadêmico de alto nível.

> Tive uma escola aqui. Nessa época, a cirurgia geral era chefiada pelo dr. .... [cita o nome do catedrático]. Ele fazia sessões acadêmicas, convidava professores renomados, discutia artigos de importantes periódicos. Nós discutíamos os casos, chamávamos outros colegas, ortopedistas, clínicos. Havia tamanho entrosamento entre a rotina e a emergência que até operávamos lá. Aqui foi o primeiro hospital a ter uma cirurgia televisionada. Aqui era uma escola de vida humana (...). Depois do plantão, subíamos para o sétimo andar para ouvir música clássica! (H2/11 - médica)

A médica prossegue dizendo acreditar que houve uma grande desmobilização de 1985 para cá, quando "tudo ficou muito ruim, tanto o nível socioeconômico das pessoas como as gestões administrativas dos hospitais universitários, das residências". Depois, ela fala da atual falta de estímulo dos profissionais. "A gente tinha muito mais vontade de trabalhar. Eu limpava o chão da UTI e tinha o maior prazer em fazer isso. Eu tinha o retorno".

Perguntei o que fazia com que continuasse a trabalhar na emergência e no serviço público. "Eu gosto do que faço. Eu amo o paciente, tenho o maior respeito por ele".

Nesse momento se emociona. “Eu não sou chorona não, eu sou durona, mas quando falo dessas coisas”. Terminamos a entrevista. Meia hora depois, a mesma médica bate na porta. Eu estava entrevistando outro profissional. Ela coloca apenas metade do corpo para dentro da sala. “Sabe o que eu esqueci de dizer? Naquele tempo nós tínhamos até um psicanalista para discutir os casos conosco. Eu aprendi a discutir o caso do sr. Fulano e não a doença, a úlcera, a patologia”.

Tomando a máxima enunciada por um dos entrevistados: “se trabalha muito, se ganha pouco e se tem muita responsabilidade” (H1/11 - médico), percebemos quão delicada e ao mesmo tempo embrutecedora é a situação de trabalho dos profissionais da emergência. As hipóteses quanto aos motivos da permanência desses profissionais em um trabalho com tais características são várias: desde boas doses de idealismo e de coleguismo até a perspectiva de um ‘retorno’ de aprendizagem, além de alguns mecanismos que minimizem as condições desfavoráveis da relação entre sofrimento e realização no trabalho.

Mas o que, então, ainda motiva alguns profissionais formados há décadas, extremamente experientes, a permanecer no setor público, especialmente na emergência? Cohn (1992) percebe a mesma tendência de evasão e grande rotatividade dos profissionais do setor de saúde. Segundo a autora, “os que ficam” no setor são, via de regra, os profissionais das categorias menos qualificadas e, no caso das mais qualificadas, aqueles mais “acomodados”, os que têm o serviço público como “mais um emprego” ou aqueles portadores de uma “noção sanitarista”.

Naturalmente não temos condições de esgotar, neste livro, questão que mereceria maior aprofundamento. Mas no caso de nossos entrevistados, muitos com mais de 15 anos no mesmo hospital, certamente não são os salários que os mantêm no serviço, nem a possibilidade de amealhar experiência, pois já a possuem.

Poderíamos apontar, com base em seus relatos, dois significados centrais que sustentam suas representações: compromisso e coleguismo. Compromisso que se expressa, para alguns, como uma certa noção de ‘missão’ e de ‘dedicação ao atendimento dos mais pobres’; ainda há um vínculo forte com os colegas, especialmente com os da própria equipe. Um sentimento de amizade que se constrói a cada plantão. Muitos, por anos a fio.

> É a dedicação profissional, é a vontade de atender as pessoas mais necessitadas, porque muitos profissionais daqui, muitos médicos, bons profissionais... muitos procuraram outros hospitais que fossem mais bem remunerados... Mas no tocante a minha pessoa, eu... sempre procurei dedicar e ajudar as pessoas, manter esse compromisso até hoje. (H2/7 - médico)

> E eu já falei pra várias pessoas aqui que a única coisa que me mantém é a equipe... O coleguismo da equipe. Porque, tirando isso, eu não estaria aqui não. (H1/1 - médico)

Como Cohn argumenta, muitas vezes as concepções de ‘compromisso com os pobres’ acabam por reproduzir um certo traço paternalista ao estabelecer uma relação institucional (por meio de seus agentes) com os ‘carentes’, ao invés de reconhecê-los como cidadãos, portadores de direitos. Não se trata, meramente, de uma visão ‘politicamente incorreta’, mas de postura que leva, na prática, a uma concepção de que “o neces-

sário a ser feito para o atendimento das necessidades da população passa a ser o possível a ser feito" (Cohn, 1992:5).

Entretanto, não podemos desconhecer ou negar que a honestidade e a grandeza dos sentimentos expressos nas entrevistas refletem as motivações que ajudam a enfrentar as agruras de uma carreira dedicada ao serviço público. Todavia, essas expressões de idealismo não sustentam as representações e práticas de todos os profissionais que trabalham na emergência. Muitos, como pesquisou Cohn, decerto interpretam como 'voluntarismo' a atitude daqueles que buscam realizar, em condições de trabalho nem sempre adequadas e com baixos salários, quaisquer atividades que não sejam o estrito da rotina.

Podemos concluir que, apesar de todo o inegável sofrimento gerado no PT da emergência, há um forte vínculo (até de identificação prazerosa) de seus profissionais com o trabalho realizado. Contudo, essa identificação não se traduz em consciência ou comprometimento de seus agentes com a natureza pública dos serviços, agindo mais como expressão de solidariedade aos desvalidos e de lealdade aos pares.

Estes aspectos, a nosso ver, são importantes para compreender a postura dos profissionais das emergências diante da violência. Por um lado, a violência como demanda de atendimento é recebida muito positivamente pelos profissionais. Os casos de violências constituem uma demanda genuína do trabalho de emergência e representam, para seus profissionais, a satisfação de exercer suas habilidades e conhecimentos.

Por outro lado, a violência não é reconhecida, no campo da prática profissional, como questão socialmente ampliada e que requer ações do poder público e de seus agentes para enfrentá-la. O vínculo de 'solidariedade aos pobres' não é suficiente para manejar situações mais ambíguas, podendo entrar em crise, por exemplo, quando o sujeito a ser atendido é um 'pobre', mas envolvido em práticas ilegais; interferindo, então, outros mecanismos sociais de seleção das 'demandas mais justas' ou 'prioritárias'.

Violência e Aperfeiçoamento Tecnológico

Há, historicamente, nos hospitais públicos, uma duplicidade de vocações acumuladas entre a assistência e o ensino, sendo que as relações de ensino acabam por ser preteridas na ordem das prioridades que a assistência exige. Na maioria das vezes, será a partir da própria inserção no PT que aprendizes e jovens profissionais concluirão ou complementarão sua formação. Dentro do universo organizacional que é o hospital, o setor de emergência sempre foi reconhecido por propiciar um aprendizado, considerado privilegiado, na área de 'trauma', até mesmo para os médicos já formados. Afinal, é para lá que acorrem suas vítimas.

Decerto, a experiência profissional que o PT, no setor de emergência, possibilita aos seus agentes não se restringe ao conhecimento em trauma. Também se aplica a muitos outros campos da clínica e a todos os aspectos da prática médica que não são aprendidos nos bancos escolares. Contudo, o atendimento às vítimas de violências, dentre tantos casos de trauma, destaca-se por desafiar os limites atuais do conhecimento médico e por motivar avanços na área.

O desenvolvimento crescente da ‘tecnologia da morte’ tem sido responsável pela produção de armas mais leves, de repetição mais rápida, de grosso calibre e de alto poder de destruição. Armas de fogo têm sido contrabandeadas para cá há décadas, mas começam a vir em larga escala a partir dos anos 80.

A imprensa, desde então, tem revelado que o arsenal bélico utilizado pelos grupos que gerenciam diretamente o tráfico de drogas na cidade causaria inveja a muitos exércitos nacionais (*Manchete*, 1996; *Folha de S. Paulo*, 15/06/97). O uso dos antigos revólveres calibre 38 e de pistolas calibre 45 – cujos tiros alcançam em média de 200 a 300 m – ganharam o reforço de armas pesadas como metralhadoras FM e Taurus-Beretta (cujas balas chegam a 900 m), de armamentos pesados como os fuzis AR-15, AK-47, Sig Sauer calibre 223 (armas cujo alcance é de 2 km) e, ainda em menor escala, de granadas e até de lança-chamas, destinadas originariamente ao uso militar contra tanques e blindados. O emprego de tais armas ocasiona lesões cada vez mais letais e extensas. As balas de fuzis, por exemplo, não apenas perfuram, estraçalham tecidos e ossos. Esta ‘medicina de guerra urbana’ representa, como se vê, um atendimento de alta complexidade que exige grande domínio técnico-científico, por um lado, e muita perícia e prática, por outro (McGonigal et al., 1993; East, 1995).

O socorro às vítimas de armas de fogo requer dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, um aprendizado técnico constante. Tais conhecimentos não fazem parte, por sua especificidade, da formação médica e de enfermagem aprendida na universidade, pois ultrapassam o conhecimento de base, seja em cirurgia ou na vasta área denominada trauma. Será no hospital, especialmente no setor de emergência, que os profissionais aprenderão, na prática, e com boa dose de autodidatismo, esse *know how.*

Podemos mesmo afirmar que a violência desencadeia no trabalho de emergência o surgimento de novas tecnologias (cirúrgicas e diagnósticas). Quando demarcamos esses novos conhecimentos e técnicas, como avanço tecnológico, temos em vista o conceito de tecnologia que Gonçalves (1994:18) defende. Isto é, os “nexos técnicos estabelecidos no interior do trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho, através daqueles instrumentos”. Para o autor, tecnologia não se resume à idéia de “novas descobertas” nem aos processos mais concretos em que o trabalho se efetiva. Esta compreende, antes de tudo, um conjunto de saberes que se desdobram materialmente e afetam as relações sociais da produção.

Merhy et al. (1997) também orientam uma conceituação de tecnologia para o PTS que se alinha à definição de Gonçalves. Para esses autores, é necessário distinguir entre 1) as tecnologias duras – equipamentos, normas, estruturas organizacionais; 2) as tecnologias leves-duras, que dizem respeito aos saberes que operam no PTS – a clínica médica, a psicanálise, a epidemiologia e outros conhecimentos de gerência científica; 3) as tecnologias leves, que se referem à produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão.

Analisando-se as entrevistas dos profissionais, percebemos que as lesões provocadas pela violência são um constante desafio aos saberes disponíveis. A destruição provocada pelas potentes armas representa a iminência do fracasso da ação médica. Esta questão é evidente no depoimento de um experiente cirurgião, cujos casos de óbito de pacientes (motivos para uma ‘contabilidade’ negativa que lhe fere o brio e

a vaidade profissional) foram, em sua maioria, provocados por lesões por PAF. Esses 'fracassos', inevitáveis, devido à gravidade da destruição de ossos e tecidos, inspiram no profissional de emergência uma inquietação peculiar. Orientado por um ideal de ação médica resolutiva, eficaz, capaz de agir rápido e com sucesso, o médico se defronta com a antítese dessa auto-exigência. "Eu tenho 3.600 cirurgias (...) nesses 17 anos, 22 mortos, que já chegaram mortos na minha mão praticamente, tiro de AR-15, tiro de AK-47... Eu não posso fazer nada" (H2/2 - médico).

Assim, verifica-se uma ânsia por aprender mais e vencer os limites técnicos disponíveis, fazendo com que sejam reivindicados cursos e seminários sobre violência e trauma. Muitos profissionais são ávidos leitores de revistas especializadas, outros acompanham atentamente as estatísticas produzidas pelo hospital. Para a maioria dos entrevistados, tais casos são instigantes, desafiadores e 'genuínos' no que se refere à área de trauma.

> Coisa que a gente não tem é reciclagem. Tudo o que você aprende, você aprende na prática. (...) Você tem muita coisa de emergência infantil, ou emergência mesmo, violência então, está longe, muito longe do que você aprendeu no banco da academia. (...) Tem agora um congresso de emergência que a gente está verde pra fazer. (H1/4 - enfermeira)

Essas exigências, que a realidade da violência nas metrópoles impõe aos médicos, têm repercutido nos programas das jornadas científicas de várias especialidades. Por exemplo, na 18ª Jornada Paulista de Cirurgia Plástica, realizada em 1998, discutiu-se amplamente o problema da violência urbana e doméstica. No encontro, revelou-se que as principais queixas que demandavam a atenção do cirurgião plástico eram as queimaduras. Hoje, as fraturas de malares e ferimentos provocados por armas brancas e de fogo, a maioria no rosto e tórax, constituem novos desafios para esses especialistas (Mir, 1999).

A Semana do Trauma, realizada em 1999 por diversas entidades (Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado, Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, Conselho Federal de Medicina e Ministério da Saúde), focalizou o problema da violência como questão central na agenda das políticas públicas de saúde. Além de lançar uma campanha de mobilização social contra a violência, discutiu as necessidades de formação do profissional para o enfrentamento do problema.

Birolini (1999) apresenta o curso do Suporte Avançado de Vida no Trauma (SAVT) – versão traduzida do Advanced Trauma Life Support – como estratégia a ser implantada em nível nacional e como conteúdo a ser incorporado nos programas de residência e cirurgia. Indica-se a necessidade de uma maior sistematização curricular da formação do médico emergencista. O curso de SAVT, cabe ressaltar, foi oferecido por anos seguidos aos médicos de emergência da rede municipal do Rio de Janeiro. O programa do IV Congresso Internacional da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE), feito também em 1999, enfatiza o problema da violência a partir do caráter interdisciplinar exigido em sua abordagem, dando a dimensão que se amplia para uma intervenção além dos limites do tratamento das lesões provocadas.

A 'tarimba' de atendimento e de diagnose, adquirida pelos profissionais das emergências estudadas, também se torna evidente. O trabalho dos ortopedistas, cirur-

giões gerais, vasculares e dos odontólogos é citado com deferência pelos próprios colegas e reconhecido pelos membros das organizações científicas da área. Os profissionais da área de cirurgia, especialmente os neurocirurgiões dos dois hospitais, são referência nacional e destaque nos congressos científicos para a questão de cirurgias por PAF no crânio. Uma das profissionais entrevistadas chega a possuir um acervo catalogado de centenas de casos atendidos.

> Um colega nosso voltou da França e trouxe uma grande experiência de lá e tal. O tempo passou, um dos neurocirurgiões com o qual ele esteve na França veio ao Brasil (...). Foi montada uma palestra, um encontro para que ele pudesse trocar idéias com a gente. Como a coisa foi muito rápida, os colegas mais novos da emergência foram encorajados a trazer as suas experiências, qualquer caso que eles quisessem comentar. Terminou a palestra desse colega francês, e um dos colegas mais novos da emergência trouxe aqui pra gente um caso banal, um baleado de crânio, mostrando, olha foi feito isso, assim, assado. O francês falou assim: 'Eu tenho vinte anos de neurocirurgia e nunca operei um tiro na cabeça, porque lá não tem'. (H2/7 - médico)

Tal *know-how* também se torna presente no reconhecimento, pela extensão e características das lesões, do tipo de arma usado. Tais conhecimentos em 'balística', aprendidos no dia-a-dia, são repertório da maioria dos profissionais e não estão restritos à formação médica (até mesmo os profissionais auxiliares de enfermagem dispõem de tais conhecimentos).

> Eu levantei 116 casos de baleados no crânio aqui. E a gente já está tão habituado a isso que já sabe quando um tiro é de AR-15, é de M-16, a gente já conhece isso... Todo mundo procura ler, fazer cursinho. (...) Eu estou até com um material de balística aqui pra emprestar. A gente, quando não entende, vai atrás... todo mundo se interessa por isso. (...) Como é de uma certa novidade, entre aspas, todo mundo fotografa, pra procurar saber qual é a minha forma de tratar... [Entrevistadora: E é uma demanda que você não aprende na universidade, não é?] Não, não, não. Na universidade eu nunca tinha ouvido falar em balística. Nem eu nem ninguém. A gente começa a se interessar à medida que vai tendo que meter a mão e tratar. (H1/10 - médica)

Contudo, além do desenvolvimento de conhecimento e experiência profissional, essas tecnologias que o contexto do atendimento às vítimas da violência proporciona não se restringem ao tratamento (seja cirúrgico, seja clínico) das lesões. A interação cotidiana entre profissionais e vítimas também propicia novas leituras diagnósticas. Por exemplo, os profissionais da área de pediatria (pediatras, enfermeiras e auxiliares) demonstraram, especialmente no Hospital 2, um largo conhecimento no diagnóstico de casos de maus-tratos contra crianças. Eles revelaram a convivência cotidiana com tais casos e a assimilação de uma postura investigativa, atenta à correlação entre a história contada e os tipos de lesões apresentados, aos 'sinais' clínicos e comportamentais considerados reveladores de situações de violências (embora isso não signifique, necessariamente, a notificação de tais situações).

> Foi um lactente de nove meses, isso tem um ano mais ou menos. Eu falei que a mãe é que tinha dado [veneno de rato]. Quando a criança chegou, ninguém sabia,

a criança foi trazida por uma vizinha que não sabia de nada. Quando eu suspeitei pela clínica, veio uma vizinha que disse que a mãe tinha jurado que ia dar veneno de rato. E eu fiz a lavagem, eu vi o chumbinho saindo. Então eu tinha a certeza, porque eu cansei de lavar estômago com chumbinho aqui, cansei... Chegou uma vez uma criança fraturada. Aí, lactente fraturado, um colega descreveu. Ela suspeitou e radiografou, viu fraturas antigas, quer dizer ela tinha fraturas anteriores... Todos os sinais da criança espancada. (H2/1 - médica)

Além do conhecimento técnico de intervenção médica e de diagnóstico, pudemos perceber que a violência ainda possibilita aos profissionais elaborar um outro tipo de conhecimento. Médicos, enfermeiras e auxiliares, depois de um certo tempo, passam a colecionar histórias, versões e situações que se repetem. Eles têm um estoque dessas narrativas e acabam por exercer uma observação mais atenta aos códigos e interações sociais que estão por detrás das versões apresentadas. Tentam desenvolver, por assim dizer, um *feeling* etnográfico prático, conectando as histórias fragmentadas às suas motivações e ao contexto social (ainda que muitos o façam de maneira estigmatizadora).

Depois de um certo tempo, devido à regularidade com que as violências se apresentam, os profissionais da saúde criam conjecturas sobre o que significa certo tipo de lesão para determinado grupo social, começam a perguntar às vítimas sobre esse ou aquele código de punição (especialmente na 'subcultura' do narcotráfico) e a desenvolver posturas no lidar com esses indivíduos. Acreditamos que esse tipo de conhecimento pode desempenhar importante papel na adoção de medidas de prevenção.

Porque se eu for perguntar pro indivíduo, noventa e nove vírgula nove por cento das vezes, ele diz: 'Não, não, foi bala perdida'. Que nem agora, um [baleado] na mão, um rapaz. [Perguntei:] 'Foi tiro à queima-roupa, meu amigo?' 'Ah, não, isso foi bala perdida'. Ah, não, o cara estava a um metro, que a gente já conhece. [Conclui] Código de morro.

Eu trabalhei no [nome do hospital], que ali é dentro do morro. Então, normalmente, quando o indivíduo furta dentro da comunidade, ele é punido, tá? E normalmente quem pune é o traficante, que todo mundo vai se queixar ao juiz da comunidade que é ele. O traficante pede que ele cruze as mãos uma por cima da outra e dá um só tiro, pra não gastar bala. Antigamente era um tiro em cada mão. Então, normalmente, é uma fratura que atinge as duas mãos. 'Ah, foi bala perdida'. Mas você vê nitidamente o halo de pólvora em volta, você vê que o cara estava a pouca distância. Quando ele faz outra bobagem de pequeno porte, ele leva um tiro no pé. A partir daí, as punições são maiores.

Na emergência. Eu ficava impressionado como é que os caras eram bons de mira, porque só acertavam tiro na coluna. Porque o que a gente tinha lá de paraplégico, com tiro na coluna... Uma vez eu estava conversando com um traficante, esse cara estava só com um dos braços, sem as duas pernas, mas conseguiu sobreviver. E esse cara depois de muito tempo abriu o jogo, simpatizou comigo (...). 'Oh, doutor, não é nada disso não, é que quando a gente perde o ponto, a gente só perde quando as balas terminam. Aí vem o outro bando e domina a gente, vira a gente, deita de costa e dá tiro mesmo'. Então o negócio é tudo à queima-roupa. (H2/9 - médico)

Em síntese, como em outras metrópoles com altos índices de violência, podemos mesmo afirmar que no Rio de Janeiro a violência constitui um fenômeno que contribui diretamente para o incremento do saber médico na área de trauma. Artigos recentes (Solberg et al, 1998; Keim & Kaufmann, 1999; Hogan et al., 1999) indicam um campo ainda não abordado por nós, por não fazer parte de nossa realidade atual – os desafios aos conhecimentos médicos e de emergência que representam o atendimento às vítimas de atentados terroristas (sejam incidentes de grandes proporções envolvendo explosivos ou o bioterrorismo, que utiliza agentes químicos e biológicos, como o caso do envenenamento das tubulações do metrô japonês com gás sarin).

A associação feita, amplamente pela imprensa brasileira, entre a medicina praticada nas emergências públicas e a 'medicina de guerra' representa uma forte imagem explicativa, tanto pelo número massivo de vítimas atendidas quanto pela idéia de que as guerras contribuem para o avanço da pesquisa médica, especialmente no campo cirúrgico. Contudo, como vimos, a violência que faz parte do cotidiano da emergência não se limita ao atendimento a vítimas de armas de fogo ou outras armas, incluindo muitas outras agressões, como as violências conjugais, os maus-tratos contra criança e adolescente e as violências auto-infligidas. Há ainda o desenvolvimento do conhecimento diagnóstico – exemplar para as situações de violência doméstica (tanto contra crianças quanto contra mulheres) –, o que demanda o alargamento de procedimentos de anamnese, pois, além de incluir 'sinais e sintomas', exige um exercício de escuta e uma abordagem mais 'relacional'.

Assim, em paralelo à produção e incremento da 'tecnologia de morte', corporificada na produção globalizada das armas e de sua massiva distribuição e utilização, desenvolve-se uma 'tecnologia de vida', representada nos avanços clínicos e cirúrgicos para salvar as vítimas. Poderíamos argumentar que esse processo nada mais é do que a própria lógica da produção capitalista, na qual o desenvolvimento de uma tecnologia desencadeia a criação de outras que a ela se conectem em determinado processo produtivo. Entretanto, mais que uma lógica macroeconômica estamos diante de um embate desigual em que perdemos vidas ou a dignidade de viver sem a ameaça iminente da violência.

Resgatando o que Merhy et al. (1997) defendem, podemos dizer que a violência exige dos profissionais de saúde o desenvolvimento de tecnologias duras-leves (saberes clínicos e cirúrgicos), mas também de tecnologias leves. Entretanto, a análise do formato em que se configuram essas últimas, ligadas à produção de vínculo e acolhimento, é vital para a compreensão dos modelos de atenção, pois possibilita "expor intensamente 'as falhas' dos mundos do trabalho em saúde, como o jogo dos sentidos e sem sentidos das práticas de saúde" (Merhy et al., 1997:122).

Relações de Poder no Trabalho de Emergência

Segundo Carapinheiro (1993), os hospitais modernos se modificam e se tornam complexos a partir de um enorme crescimento de pessoal, do surgimento de novas especialidades médicas, de serviços de apoio de diagnose e do desenvolvimento

tecnológico da medicina, fatores responsáveis por transformações importantes na estrutura hierárquica, na estrutura de poder e no sistema de comunicação interno aos hospitais. Esse conjunto de modificações associa-se, ainda, à expansão do sistema burocrático de administração.

O emprego do referencial weberiano, a partir de sua teoria da burocracia, para a análise da organização hospitalar não é recente. Os estudos da sociologia das organizações há muito utilizam o tipo-ideal da burocracia para analisar o hospital como organização racional, onde predominaria a divisão do trabalho segundo competências especializadas, regras impessoais e sistemáticas e uma autoridade cujo poder emanaria de regras estabelecidas e não do carisma ou da tradição (Weber, 1970). Embora alguns aspectos dessa teoria sejam perfeitamente aplicáveis ao hospital, a utilização desse tipo ideal não leva em consideração que, apesar da existência de uma estrutura administrativa pautada pelos princípios racionais burocráticos, o poder e a autonomia profissional dos médicos são referência crucial para a compreensão das relações hierárquicas e de autoridade no hospital.

Goss (apud Carapinheiro, 1993) conclui que no hospital existe um "sistema dual de autoridade": a autoridade administrativa e a autoridade médica. Para esse autor, existiria um conjunto de normas profissionais e um sistema de valores do corpo médico que podem contrariar as pressões administrativas. Além disso, os médicos desempenhariam um alto nível de autonomia no seu exercício profissional face às restrições burocráticas. Há que se ressalvar que, na realidade de nossos hospitais, são muito mais complexas as instâncias de poder que extrapolam e atravessam o âmbito interno da organização hospitalar (dos distintos níveis da burocracia do SUS, do mercado de fármacos e equipamentos etc). O emprego desse referencial teórico nos parece adequado para discutir as relações de hierarquia e de poder dentro da cultura interna da organização hospitalar.

Foster & Anderson (1978), reconhecendo esse "sistema dual", argumentam ainda que essas linhas de autoridade (médica e burocrática) podem entrar em conflito e que os profissionais de enfermagem são os mais vulneráveis, porque são cobrados pelas duas vertentes de poder, sendo denominados pelos autores como *person-in-the-middle*. Estão em meio às cobranças dos médicos, dos gestores, de suas próprias chefias e dos pacientes e familiares. Em contrapartida, como são muitas ordens e demandas, os profissionais de enfermagem também acabam por ter de hierarquizar o atendimento a essas exigências. Ao administrar "o que é mais prioritário" conseguem um capital de poder no exercício de seu trabalho (Coser, 1958).

Segundo Goss, o sistema dual de autoridade, bem administrado (envolvendo alianças e acordos), pode produzir uma conciliação entre os dois tipos de autoridade. Cabe ressalvar que, em nossos hospitais públicos, a alta administração e o poder burocrático são, via de regra, exercidos por médicos, justapondo em muitos casos os dois tipos de autoridades. Mesmo submetidos a uma relação hierárquica de 'supervisão', os médicos teriam a prerrogativa de não acatar as 'orientações', desde que fundamentem tecnicamente sua posição.

Tais prerrogativas médicas se tornam evidentes no Parecer 24/94, editado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, em que, em resposta a uma consulta de profissional, o órgão cita o Código de Ética Médica e enfatiza que

“o médico é o único responsável por seus atos profissionais (Cremerj, 1997:256, art. 7º e 8º). Por isso, não se aplica o caso de ‘ordens de outro médico’. Mesmo quando se tratar de uma ordem de superior hierárquico, o médico tem a prerrogativa de não cumpri-la “se for contrária aos ditames de sua consciência” (art. 28).

Carapinheiro (1993:51) conclui que se desenvolveu no hospital um tipo peculiar de burocracia em que predomina uma “autonomia elástica”.

> *O conceito de autonomia elástica parte da definição de autonomia como aptidão que os indivíduos dispõem numa situação de trabalho para determinar a natureza dos problemas com que se confrontam e para saberem resolvê-los. É elástica no sentido de que não existe um domínio fixo de autonomia nem se liga de forma inerente a nenhuma posição hierárquica. Assim, de acordo com a determinação da competência profissional dos atores, a sua autonomia pode contrair-se ou expandir-se com amplitudes variáveis. Ao conceito de autonomia elástica liga-se a idéia de que um indivíduo só pode dispor de autonomia quando possui o poder de controlar o seu próprio trabalho e, decorrente deste controle, é que pode ser responsável pelas ações que desencadeia.*

Cabe frisar que, na maioria das vezes, nas relações de poder do hospital, a autonomia elástica é muito mais usufruída pelos médicos, cabendo a essa categoria o domínio da organização e a divisão do trabalho na instituição.

As análises provenientes do interacionismo simbólico trouxeram grande contribuição para o estudo das relações de poder na organização hospitalar. Segundo essa matriz, toda vida institucional é resultado de uma variada gama de negociações, construídas a partir das interações ocorridas entre seus membros.

Strauss et al. (1963) defendem que a “ordem negociada” é um modelo de análise extremamente adequado para o estudo do poder na organização hospitalar. Considera-se que o hospital reúne uma diversidade de profissões, com distintas posições hierárquicas e com diferentes atribuições na divisão do trabalho médico. Além disso, haveria um conjunto de regras paralelas de “como se obter as coisas” que pode ser exercido por todas as categorias profissionais. Os autores também analisam que regras informais são criadas para resolver ações e situações não reguladas pelas regras formais. No cotidiano do hospital, as regras formais convivem com as informais, sendo empregadas de acordo com a situação e as negociações estabelecidas entre os participantes do PT.

A própria divisão e a realização de tarefas se tornam, ao longo do PT, uma ordem negociada, mesmo que de forma implícita ou informal.

Carapinheiro (1993) alerta que esse modelo de análise recebe críticas por não considerar as estruturas políticas, historicamente consolidadas, limitando-se ao campo das interações entre os atores. Entretanto, alguns autores argumentam que a natureza negociada da divisão do trabalho, no hospital, é limitada (de uma forma não determinista, mas que pode vir a ser de extremo constrangimento) pelos parâmetros estruturais da configuração de poder institucional e social.

Defendemos em primeiro lugar que, no hospital, há uma peculiaridade do poder médico na hierarquia e na organização do PT. Contudo, as características gerais do PT, socialmente consolidadas e estruturalmente reproduzidas, mantêm-se presentes também no hospital (Pitta, 1994; Pires, 1996; Dal Poz & Martins, 1998).

Em segundo lugar, a emergência é o *locus* de um poder que até pode ser lido (em alguns momentos da execução do trabalho) como autoritário. Diante da iminência de morte, as ordens médicas devem ser obedecidas de forma inconteste (Freidson, 1970; Foster & Anderson, 1978). Isso não quer dizer que, no dia-a-dia, diversos espaços de negociação da divisão do trabalho e da maneira de executar as tarefas não sejam criados, renovados, reinvocados e atualizados (Carapinheiro, 1993). Naturalmente, há aqueles acordos mais estáveis e os mais frágeis. Assim, quando há alguma mudança na ordem social do setor (ingresso de novos membros do *sttaf* ou das chefias, introdução de novas tecnologias ou conhecimentos) demandar-se-á uma nova margem de negociação, reconstituindo as bases de ação dos agentes (Strauss et al., 1963).

'Esquemas' e 'Morcegagem': negociando a divisão do trabalho

Como já discutimos, na produção de assistência de emergência, predomina o princípio da divisão do trabalho com base na oposição entre comando e execução, isto é, entre o trabalho intelectual de diagnóstico e terapêutica e a execução das prescrições médicas. Concretamente, entre médicos e enfermeiros, ainda predomina uma relação de dominação/subordinação do que uma relação de cooperação (Carapinheiro, 1993). Contudo, apesar da divisão interprofissional do trabalho ser regulada por regras formais, há uma enorme variação prática no que diz respeito a quem faz o quê, o quanto deve ser feito e de que modo (Svensson, 1996). Logo, na conformação que Carapinheiro (1993) chama de "sistema de estratificação social profissional" existente no serviço, haverá recursos distintos de saber-poder para a negociação da divisão do trabalho, bem como das maneiras de realizá-lo. O poder de negociação das regras é, portanto, assimetricamente disposto na hierarquia funcional.

Essas negociações e arranjos são feitos nos bastidores, restritos aos pares e longe das vistas dos pacientes e dos profissionais de outro nível hierárquico (Svensson, 1996). Portanto, esses arranjos coorporativos são um tema de difícil abordagem. Fazem parte dos acordos fechados entre membros do grupo e da própria organização, constituindo sua 'região interna'. Em nosso estudo pudemos constatar que há, pelo menos, dois tipos de negociação da divisão e realização do trabalho: os 'esquemas' e a 'morcegagem'.

Os esquemas são tratados abertamente por uns e evasivamente por outros, e são nomeados também por eufemismos, tais como "acomodações de horários", "ação de uma equipe homogênea", "folga".

> o nome já diz, uma equipe tem que ter senso de equipe, ou seja, um por todos, todos por um... Eu prefiro manter um bom relacionamento com meus colegas (...), ou seja, a gente chega a um acordo, como 'hoje eu opero, você opera, um descansa'. Uma série de negócios, mas se algum dia faltar esses acordos, eu acho que a equipe passa a ser heterogênea. Não existe um colega achar que é melhor que o outro, existe sim um colega tentar lutar pela sua sobrevivência e pra isso o outro colega tem que simplesmente colaborar. (H2/2 - médico)

Na prática, os esquemas são traduzidos por duas máximas do senso comum organizacional que traduzem a lógica que os regem: "é preciso ter uma equipe de vinte para se ter dez no plantão" e "eu finjo que trabalho e você finge que me paga".

Tais máximas já fazem parte da cultura institucional e são de conhecimento e aceitação de todos, inclusive dos gestores. Contudo, apenas revelam parcialmente uma questão mais ampla e complexa.

O esquema é um acordo organizacional, geralmente fechado, entre os pares médicos de mesma especialidade. Assim, a jornada de trabalho é dividida com o colega da mesma equipe. Pode-se realizar com a divisão de carga horária de um mesmo plantão ou com a divisão de um plantão inteiro para cada profissional (cada médico trabalha semanalmente em dois plantões, então, nesse tipo de negociação, ele só comparece uma vez).

> O pessoal ganha pouco, então divide o horário pro salário ficar mais interessante... menos pior, né? (...). Ele vai uma vez na semana, acha que está bem pago. E está mal pago pra ir uma vez. (H2/1 - médica)

> Vem um à tarde, vem um de manhã, um tem consultório, uma cirurgia fora e vem depois aquele esqueminha... (H2/6 - enfermeira)

> Se são dez médicos, cinco vêm num plantão e cinco vêm no outro. (H2/8 - enfermeira)

Tal organização interna acarreta uma sobrecarga ainda maior aos profissionais do plantão. Embora os médicos reconheçam que isso ocorre, consideram que o 'trabalhar por dois' é o ônus a ser pago por um horário livre para, provavelmente, trabalhar dobrado em outro serviço. Todos buscam se multiplicar. Na verdade, operam o 'milagre' de estarem em dois lugares ao mesmo tempo (virtualmente num e realmente noutro). Dividem-se em muitos empregos e atividades, na expectativa de completar um patamar salarial mais razoável. Essa realidade é ratificada por pesquisa de Machado (1996) que indica que, para o Rio de Janeiro, dos 25.306 médicos pesquisados, 80,5% têm até três jornadas de trabalho e 19,5% desempenham quatro ou mais atividades.

> Acho que a gente atendia uns cem pacientes por plantão, cada um (...). Nem que a gente se esbodegue todo, a gente não se importa, contanto que a gente tenha um dia de folga. (H2/1 - médica)

Embora os médicos reconheçam que "em toda equipe tem esquema", faz parte do acordo que seu exercício seja feito "com responsabilidade". Ter responsabilidade significa resignar-se por trabalhar em dobro, sem reclamações; não comentar entre os colegas 'não médicos' quem está ou não na equipe naquele momento; e, sobretudo, não faltar no dia do seu plantão. A falta, ou 'deixar o plantão descoberto' é falha grave no acordo celebrado, pois, além de tornar evidente a realização do esquema, acarreta sanções e fortes reprimendas das chefias. Além disso, dá visibilidade externa ao problema, uma vez que os pacientes que buscam aquele plantão não serão atendidos.

> quando a gente faz qualquer tipo de... de... é... acomodação de horário, tudo isso é feito de uma maneira responsável, então eu nunca deixo de ter profissional que possa me dar uma cobertura específica. Eu vou te deixar mais claro, por exemplo, eu tenho três cirurgiões, eu nunca deixo de ter dois cirurgiões, seja em que hipótese for... (H2/3 - médico)

Outro entrevistado disse que faltava profissional. Perguntei: "quantos por plantão?" Ele respondeu: "deveria ter quatro, aí, com o esquema, dava dois". Perguntei

quantos havia no plantão, ele disse: "dois, então só tem um" (H2/10-médico). Esse médico ainda relatou que, com um determinado colega, ele não fazia esquema, preferia trabalhar em todos os plantões. Não confiava nesse colega porque ele não aparecia.

A justificativa dada pelos entrevistados de ambos hospitais para a realização dos esquemas concentra-se basicamente na baixa remuneração recebida, o que faz com que precisem outras fontes de renda. A justificativa para a aceitação do esquema, por parte dos gestores, é a realidade concreta da evasão dos profissionais.

Como Strauss et al. (1963) discutem, há uma grande tolerância dos administradores na negociação de determinadas regras, pois admitem que regras excessivas ou muito rígidas não são aceitas, as alianças são necessárias. Essa explicitação teórica apenas parcialmente dimensiona a natureza desse acordo com a administração. Como a carga de trabalho é intensa e as condições de trabalho nem sempre são as mais adequadas, é preciso 'oferecer' (mesmo que por omissão) algo em contrapartida.

Para alguns especialistas (cirurgiões, ortopedistas, anestesiologistas, entre outros), o mercado oferece constantemente ofertas mais vantajosas. É preciso, então, algo que mantenha tais profissionais no serviço público. Segundo os entrevistados, todas as vezes que movimentos de 'pressão' foram feitos, no sentido de 'moralizar' os horários, houve uma onda de pedidos de demissão.

> Hoje, o mecanismo gerencial para manter o profissional é barganha, é papo, é ajeitar daqui, ceder ali, empurrar pra cá, dar folga ali, pra você manter. E esse hospital hoje é uma exceção à regra. É o único hospital de emergência na cidade que mantém equipes completas os sete dias da semana. (H1/12 - médico)

Os profissionais são os primeiros a reconhecer que o expediente do esquema não é o ideal e sonham com a possibilidade de ter uma carga de trabalho menor, de poder estudar mais e ter tempo para trocar experiências com os colegas da equipe. Reconhecem também que o paciente é, indiretamente, prejudicado. Diante da possibilidade de encontrar uma equipe desfalcada, seja pela falta de alguém, seja pelo excessivo contingente de pessoas a atender, o paciente que entra na emergência sempre vai precisar contar com uma dose de sorte, uma 'boa estrela', como dizem os entrevistados.

Sato discute que todo trabalhador busca controlar seu próprio PT. Os requisitos para o controle seriam a 'familiaridade' com a tarefa a ser realizada; 'o poder', isto é, a possibilidade de interferir e mudar o seu trabalho de acordo com suas necessidades; e o 'limite subjetivo', que diz respeito ao quanto, quando e como é possível suportar os estímulos e as cargas dos contextos de trabalho. Essas 'ações adaptativas' são coletivamente construídas e individualmente praticadas. Entretanto, frisa a autora, tais 'adaptações' podem interferir na qualidade do serviço prestado (para melhor ou para pior), "o que está em jogo é a busca de possibilidade do trabalhador continuar trabalhando, apesar dos contextos penosos, e não a procura de aperfeiçoamento da qualidade do serviço" (Sato, 1995:55).

Os profissionais de enfermagem (enfermeiras e auxiliares), categorias que não desfrutam do mesmo nível de poder que os médicos, não encontram respaldo para a realização de esquemas com as mesmas características. Entretanto, conseguem outros acordos, tais como reagrupar a carga horária de forma a ter um dia de folga ou combinar

com os colegas de sair mais cedo e no outro plantão revezar: "Até há concorde, tipo assim: 'olha só, hoje eu vou sair às cinco horas, tá? Segura pra mim aí'. Sacou? Não a nível de faltar serviço. (...) Na enfermagem, não faltar, mas sim, de repente, sair mais cedo" (H1/2 - enfermeira).

Já a 'morcegagem' é uma atitude individual, embora pertença à cultura organizacional. É uma resposta 'egoísta' (porque não corresponde a acordos explícitos de grupo) que se traduz em cumprir as atividades de forma lenta ou não cumpri-las, ausentando-se do plantão. O termo invoca um morcego que se alimenta do sangue dos outros, ou seja, que não se importa em deixar o seu trabalho sob a responsabilidade dos colegas.

> Antes de eu ir para o município, o pessoal que já trabalhava disse assim: 'Acorda! Você entra e faz o jogo. Porque se você for diferente, neguinho vai te excluir'. Falei: 'Fazer o jogo, como assim? Simplesmente eu vou trabalhar como sempre trabalhei, sinto muito'. 'Ah, tu não pode trabalhar muito não...' (H1/2 - enfermeira)

Esse comportamento, embora freqüente, não é exclusivo das categorias que não têm poder de negociação quanto à sua jornada de trabalho (auxiliares de enfermagem). O médico também estará de morcegagem quando, no dia de seu plantão, não trabalhar por aquele que substitui no acordo estabelecido pelo esquema ou quando não cumpre suas tarefas, deixando-as para o colega da equipe, para o acadêmico ou para o médico do próximo plantão.

> A gente sabe que tem folga, que tem isso, que tem aquilo, mas a pessoa que vem tem que assumir, tem que agüentar o esquema e é o que não ocorre (...). Se esses cinco, quando viessem trabalhar, trabalhassem por dez, daria, mas o que ocorre é que eles só querem trabalhar por cinco. Até mesmo na enfermagem, que a gente sabe que tem folga, não é esquema, é folga. Tem uns: 'Ah, mas está pesado', mas eles gostam de ter a folga. Então o funcionário tem que ser consciente e tem que assumir o esquema ou a folga. (H2/8 - enfermeira)

> A questão eu acho que é o cansaço... Estar desestimulado... Então ele vai passar visita: 'Puxa vida... Ah! Não! Vamos pedir esse exame e o próximo da equipe vê (...). Ele vem! Mas entre vir e fazer... (H1/10 - médica)

Como o esquema e a morcegagem são realidades do dia-a-dia das emergências, o apoio dos residentes e dos acadêmicos acaba por cumprir um papel extremamente importante de compensação na oferta do trabalho médico. Assim, esses jovens são colocados diante do atendimento e nem sempre contam com o acompanhamento devido. São precocemente responsabilizados pelo socorro à população, têm de aprender sozinhos (o que sedimenta vícios) e nem sempre conseguem dar um bom atendimento. Assim, por conta de fracassos decorrentes da inexperiência, muitos se sentem frustrados com a profissão antes mesmo de se formarem.

> São formados por vícios [acadêmicos]. Quer dizer, eles já sabem, escolhem a equipe onde o esquema é menor, onde tem mais médico na equipe. Chamar o médico pra dentro da sala é quase um favor que o médico faz pra eles [em ir]. Eu fui procurado por um acadêmico, ele chegou e falou: 'Eu e mais quatro acadêmicos queremos sair da equipe de fulano onde estão matando a gente, os caras não vão para sala, vão dormir em casa, pá, pá... (...) Essa mulher, ela só não morreu

> porque o CTI salvou. Porque o acadêmico estava sozinho, esse f.d.p. desse doutor famoso, que está aqui dentro, não quis levantar da sala pra atender. Isso é um canalha e não é a primeira canalhice que ele fez. Esse safado desse doutor uma vez pegou uma enfermeira, viu que o doente era grave, deixou o atestado de óbito já assinado, foi dormir às duas horas da manhã, [justificando:] 'Ele vai morrer mesmo'. (H1/12 - médico)

Os esquemas revelam de forma evidente as contradições do sistema público de saúde. Os profissionais criam mecanismos informais e paliativos para enfrentar o problema estrutural dos baixos salários e das más condições de trabalho, prolongando assim uma situação insustentável. Nesse jogo, conhecido e jogado por todos, saem perdendo os profissionais e a população usuária dos serviços.

Os profissionais saem logrados porque, na realidade, e ao contrário do que se pensa, os esquemas não foram feitos para que se possa desfrutar o ócio. São utilizados para que se possa trabalhar mais, em outras jornadas. Dessa forma, os médicos dispersam sua energia em muitos lugares e deixam de trabalhar com mais qualidade. A população, por sua vez, perde a oportunidade de ser melhor atendida e muitas vezes até de ser atendida, simplesmente.

A morcegagem também é uma conseqüência inegável das condições salariais e do desestímulo que transforma profissionais em reféns. É resultado, ainda, da ausência de mecanismos de supervisão e de responsabilização da conduta profissional. Como muito bem figurou um dos depoentes: "São três fatores pra você ficar bem com seu trabalho e com você mesmo. Eu diria: remuneração, estrutura e o ambiente de trabalho".

Esse 'placar' de pontos de satisfação/insatisfação é constituído de outras variantes: o reconhecimento do mérito profissional; a tomada de medidas para sua valorização (como cursos e treinamento em serviço); a consulta quanto a mudanças no ambiente de trabalho; o reconhecimento das necessidades para reposição de energia (disponibilização de ambiente de repouso minimamente confortável e limpo); o acompanhamento do trabalho; o espírito de equipe; a oferta e as condições dos meios materiais e imateriais necessários ao exercício profissional.

O Poder (Negociado) nas Interações entre Médicos, Enfermeiras, Auxiliares, Pacientes e Familiares

As vítimas de violências, uma vez incluídas na organização hospitalar, serão submetidas às relações de poder vigentes que estruturam as interações no ambiente médico. Na condição de 'pacientes' de emergência, esses indivíduos terão pouca chance de reivindicação, percebendo claramente a existência de uma hierarquia rígida e constatando que o lugar que ocupam é de franca desvantagem. "As enfermeiras, às vezes estão aqui já chateadas, trabalhando muito... Às vezes você fala alguma coisa, elas dão esporro. (...) O médico só vai lá na hora da cirurgia mesmo e é elas que seguram a pior parte" (E11 - paciente).

Assim, os familiares constituirão uma representação possível dos direitos e reclames dos pacientes. A família é um dos importantes pólos nas relações de poder que perpassam o atendimento de emergência. Sua interferência é determinante. A pressão

dos familiares é uma variável levada em consideração até mesmo pelos médicos. A ação deles pode tornar mais ágeis procedimentos e decisões médicas, pode até influir para uma maior regularidade dos cuidados de enfermagem.

> Também tem aquele ponto de vista: a família. Porque quando a família se interessa pelo doente, pelo paciente, as coisas andam mais rápido. A família tem muita influência na vida do paciente. 'Poxa, doutor, o senhor me explica por que o meu paciente ainda não foi operado?' Então o médico vai explicar à família... 'Então, quem não tem família...' Ah! Fica difícil. Fica difícil. (H1/7 - aux. enfermagem)

A presença da família no setor de emergência, como Pennef (1992) bem situa em seu estudo, é vista geralmente como uma presença inoportuna, especialmente quando questiona as ações médicas. Excepcionalmente, quando acalma e contém o paciente, facilitando a intervenção médica, ou quando substitui os cuidados da enfermagem, será vista como útil. Foram relatados casos em que, somente após pressão, grita e confronto verbal, determinado paciente foi aceito e atendido na emergência. Contudo, há uma ressalva evidente: há pacientes e pacientes, familiares e familiares. Em termos mais claros, o poder socioeconômico interferirá diferencialmente na atenção dispensada. Esse fato não é novo e está demarcado nos depoimentos dos profissionais e em literatura nacional e internacional (Freidson, 1970; Foster & Anderson, 1978; Skaba, 1996).

A família dos pacientes que ficam mais tempo na emergência (à espera de cirurgia ou internação) chega mesmo a delimitar um território, que se expressa por objetos (uma bíblia aberta, um rádio, um terço) ou roupas de cama trazidas de casa. Afirmam, através desses pertences, que aquele paciente "tem família". Como Strauss et al. (1963) discutem, na organização hospitalar os pacientes também se engajam em barganhas para negociar condições de atendimento e informações sobre o tratamento. Segundo os autores, quanto mais longa é a permanência dos pacientes mais poder de negociação vão ganhando.

Não é de estranhar que, nos reduzidos horários de visitas permitidos na emergência, a maioria dos profissionais do setor desapareça por completo. Anunciam entre si: "olha, tá chegando a hora!" Quando os familiares entram por um lado, a maioria sai por outro. Buscam, com sua ausência, evitar confrontos e interrogatórios sobre o destino do paciente e sobre que medidas serão tomadas (respostas que na maioria das vezes os profissionais de enfermagem não possuem). Esquivam-se das inevitáveis cobranças e dos pedidos (por cuidados, roupa de cama, alimentação e para "falar com o médico responsável"). Alguns familiares também utilizam outros recursos. Tentam, por exemplo, estabelecer alianças com os auxiliares de enfermagem, levando-lhes pequenas 'lembrancinhas' e agrados. O intuito de tais trocas é de ser informado quanto aos cuidados recebidos (ou negados) e a garantia de um tratamento melhor ao seu familiar.

O limite de intervenção dos familiares diz respeito ao âmbito do atendimento ao paciente. Embora até percebam as relações de poder que estruturam e perpassam esse atendimento, não possuem alcance sobre elas. Assim, chegam a supor que "algo está errado" quando não há médicos no plantão para realizar o atendimento. Contudo, tal limite é claro. No máximo enunciam que haveria de ter um controle maior, uma vigilância

que punisse os responsáveis por tal estado de coisas: “tem que botar uns homens aí, para olhar eles... qualquer chefe! Pra ficar olhando eles. Porque se não olhar, já viu, né? Vira bagunça” (E23 - paciente).

O poder da categoria médica é historicamente reconhecido como hegemônico na organização hospitalar. Contudo, ao contrário do que possa sugerir, para seu exercício, também se fazem necessárias algumas negociações sutis, como demonstrar o reconhecimento da importância do trabalho das outras categorias profissionais e até mesmo recorrer ao uso de algumas técnicas de liderança.

> Primeiro: eu, como plantonista, eu tenho que saber o nome de todos os auxiliares que estão ali... Aquela ali é a Helena, aquele ali é... Se eu falo ‘Enfermeiro! Vem cá!’ Não vem. Se eu falar ‘Helena! Pega aquele bicabornato para mim?’ Vem. Entendeu? Depende muito... ainda depende muito desse relacionamento que você tem... (H1/10 - médica)

Também se faz necessário que esse poder seja respaldado por uma certa imagem pública de autoridade e de conduta do médico.

> Não há nenhum problema em ir almoçar ali do lado. ‘Eu sou cirurgião, deixei outro cirurgião na equipe. Surgiu algum problema, me bipa, eu vou, venho correndo’. Aquilo é até uma maleabilidade do mundo que mudou. Agora, não é fazer com que a equipe toda jante no La Mama [restaurante situado perto do hospital]. Porque está jantando, o garçom está vendo, todo mundo está vendo, os acadêmicos estão sabendo e a enfermagem está sabendo. Quando vier dar moral aqui dentro, não tem moral pra mais nada. (H1/12 - médico)

Numa organização que se estrutura hegemonicamente a partir do eixo saber-poder médico, o acadêmico de medicina representa a situação de fronteira. É um ‘futuro médico’ e, portanto, ocupante virtual do mais alto posto da hierarquia. Contudo, ele ainda detém muito pouco saber. O desconhecimento o torna frágil. Dessa forma, tanto as enfermeiras como os auxiliares de enfermagem poderão confrontá-lo, ao longo do PT, questionando suas decisões, suspeitando de suas condutas e até mesmo coibindo-lhe qualquer iniciativa de mando.

Nesse jogo de saber e poder, os profissionais de enfermagem, embora muitas vezes detenham o saber, ou seja, o conhecimento do que fazer, não têm poder para agir. Os acadêmicos, que na maioria das vezes estão sozinhos no *front* de atendimento, recorrem então aos médicos do *staff* ou aos médicos residentes para obter um respaldo de saber-poder mínimo que lhes permita atuar.

> Chegou na clínica um paciente com apnéia, uma pessoa que cheirou muita cocaína. Então está com uma apnéia gravíssima. Então a acadêmica, só tinha eu, eram umas cinco horas da tarde, hora em que quase não tem ninguém lá. Então ela, em vez de fazer alguma coisa (...), não fez nada! Simplesmente saiu. Então, o que nós fizemos? Nós pegamos o oxigênio, puncionamos a veia e eu saí desesperada atrás... Que eu não sabia o que seria... Aliás, saber a gente sabe, mas não pode é fazer. E não tinha nenhum *staff* na hora. Isso geralmente eles... Não sei se não podem fazer, não sei se estão habilitados para fazer isso. Porque eles sempre falam assim: ‘Ah! Espera aí que eu vou chamar fulano de tal para ver o que eu vou fazer.’ (H1/2 - enfermeira)

A maioria desses jovens aprende, rapidamente, que naquele momento precisa estabelecer alianças com a enfermagem e outros profissionais. Os acadêmicos buscam ser simpáticos e cooperativos e, em troca, tentam obter apoio para a resolução de problemas e até mesmo dirimir dúvidas de procedimentos. Aqueles que não compreenderem a necessidade de tais negociações e adotarem comportamento de imposição de autoridade entrarão em sérios conflitos com os profissionais de enfermagem.

> Trabalhar com aluno é terrível! A sorte é que ninguém gosta... Porque o aluno vê muito Plantão Médico. Aí ele é o doutor. 'Tem que fazer isso!...' Porque ele vem pra cá e ele está no terceiro ou quarto período. Quer dizer, ele está cru. Não sabe puncionar uma veia, mas ele é o doutor. Aí você começa a bater de frente. Com dois meses ele já está catequizado. Que ele não é o doutor, porque ele não sabe droga nenhuma. E ele vai ter que entrar na nossa... Tem gente que é ótima. É muito bonzinho, aluno que... realmente quer aprender. Agora, tem outros que nem dando na cara... (H1/4 - enfermeira)

O profissional de enfermagem não costuma interferir, salvo quando o procedimento adotado põe em risco o bem-estar do paciente. Excepcionalmente, ele usa da prerrogativa da autonomia médica quando se vê diante de uma situação de questionamento evidente da conduta prescrita. Assim, nega-se a cumprir uma ordem que julgue tecnicamente estapafúrdia. "Olha... tem até *staff* aí que é muito despreparado! Prescreve, mas a gente não faz lá em baixo (...). Se eu tiver segurança no que eu estou fazendo, eu faço! Depois assumo!" (H1/3 - enfermeiro).

Embora estejam em um nível hierárquico superior, as enfermeiras de formação universitária não exercem uma dominação irrestrita junto aos seus auxiliares. Precisam negociar parâmetros de exigências sobre os quais cobrarão o trabalho. Diante da realidade da lotação das emergências, comentam que só podem cobrar "o humanamente possível". Sabem que suas ordens devem ser constantemente monitoradas, pois, na divisão do trabalho médico, serão responsabilizadas por todas as atividades de enfermagem. "É desgastante, já estou ficando de saco cheio. É aquele negócio, nós, enfermeiras, é uma profissão horrível, muito ingrata por isso, porque você responde pelo que você é como profissional e por seus auxiliares" (H2/6 - enfermeira).

As enfermeiras também se ressentem do pouco prestígio que possuem diante dos pacientes. Segundo depoimentos, para o olhar leigo, o médico é o ator principal do atendimento, cabendo-lhes o espaço de meros 'figurantes'.

> Porque quem fica praticamente as 24 horas com o paciente é a enfermagem, tá? Às vezes eu fico triste por causa disso. Eles botam lá em cima o médico, e a enfermagem que trata, fica ali com ele... Se bobear, ele até pisa, tá? Infelizmente, a nossa enfermagem não é valorizada. (H2/8 - enfermeira)

A ação dos médicos também está submetida a uma estruturação de poder. Desfrutam, é certo, de uma autonomia que nenhuma outra categoria profissional possui na organização hospitalar. Possuem a prerrogativa de, dentro de certos limites, realizar uma disposição favorável de sua jornada de trabalho. Organizam-se num nível hierárquico, em chefias de equipe e em uma chefia geral da emergência. A chefia de equipe interage cotidianamente com seus pares. Todavia, o poder do chefe de equipe reside muito mais

na sua capacidade de convencimento e de obtenção de consenso em torno de regras que devem ser cumpridas por todos do que na aplicação de penas ou sanções. Há uma negociação em torno dos limites da autonomia do médico e um acordo quanto às atitudes consideradas más. Esse acordo é coletivo, não é julgamento individual.

Como Svensson (1996) nos lembra, os médicos têm grande dificuldade em criticar seus colegas, o que é percebido como falta de lealdade. Entretanto, há um controle por parte dos médicos 'chefiados' do poder exercido pelo chefe de equipe. A aplicação de punições ou advertências pelos mecanismos formais será tida como mau exercício do poder, sendo o médico-chefe tachado de antiético. Controla-se, assim, um possível acúmulo de poder desse chefe, que é visto, antes de tudo, como um 'colega médico'.

> Eu já fui chefe de equipe, hoje em dia eu não sou mais. Eu não sou mais porque sou um camarada que avisa o colega na primeira vez, na segunda, e na terceira vez, eu meto uma punição. E você passa a ser, simplesmente, você é... antiético, você passa a ser enquadrado pelo grupo e isso te causa um problema muito grande... (H2/2 - médico)

> Porque eu sou chato... Eu acho que a população pretende da gente... é que você esteja aqui pra dar assistência (...). Eu cobro isso deles, certamente eles... eles me questionam... ficam até com raiva de eu estar em cima... Eu assumo a minha chatice, agora, quando eu fico aqui, eu trabalho (...). Eu procuro transferir os doentes, agilizar o pronto-socorro, eu vejo se tem vaga lá em cima... (H2/3 - médico)

A respeito da relação do médico com as autoridades burocráticas da organização, percebe-se também a possibilidade de conflito. Isso se evidencia quando as decisões da direção se descolam da 'base', rompendo as alianças com o corpo médico, negligenciando os mecanismos de consulta e busca de consenso. O conflito pode até chegar à desqualificação da identidade médica do gestor, que passa a ser visto como burocrata e não mais como um par.

> Porque, em primeiro plano, o diretor é um médico, ou seja, tecnicamente falando. Ele deve saber as necessidades do corpo clínico, tá? Mas, como a maior parte do pessoal que assume cargos de direção não passou pela metade das coisas que a gente passa no pronto-socorro, porque são pessoas que estão sempre sendo lançadas nesses cargos através da via política (...). Então elas não têm essa sensibilidade. Então é uma coisa totalmente díspar, é uma coisa que incomoda, machuca muito... (H2/9 - médico)

Curiosamente, a autoridade médica no setor de emergência pode ser confrontada justamente pelo fenômeno da violência e de seus agentes. O conflito entre a autoridade médica e a policial, por exemplo, ocorre com mais freqüência do que se imagina. Não raro, policiais entram na emergência de forma abrupta, estendendo a lógica da ação policial repressiva àquele setor. Em nome da segurança, falam alto e tentam dar ordens aos profissionais sob o argumento de que não podem deixar fugir "seus custodiados". Chegam mesmo a sugerir aos médicos que não atendam e que deixem morrer aquele 'bandido' (o que não deixa de revelar uma contradição, já que foi o próprio policial que levou o indivíduo ao pronto-socorro).

> Não sei como eu estou viva... Foi com policiais, porque eles trouxeram um... bandido ou não, não me importa – eu não estou aqui para julgar ninguém. Isso aqui não é uma delegacia, nem uma unidade do Desipe. Isso aqui é uma unidade de saúde, é um hospital. Então ele chegou com o cara algemado e espancando. Algemado tem que trazer mesmo. O cara já estava algemado sem poder se defender, dentro de um hospital e apanhando... Então aquilo era uma violência para os profissionais que estão aqui trabalhando e que não foram preparados para isso. É um desrespeito aos pacientes lúcidos que assistiram àquilo. (...) Eu olhei para um lado e para o outro, a sala cheia de médicos, cheia de enfermeiros, ninguém se manifestou. (....) Então ele chegou fardado com aquele 38 do lado, se achando o dono de tudo – acima de tudo e de todos. Então eu me manifestei e falei: 'Vocês não podem fazer isso aqui, porque se quisessem fazer isso, fizessem lá fora. Se vocês trouxeram pra cá, vocês vieram em busca de tratamento pra ele. A autoridade aqui não é o policial, a autoridade aqui é o médico. Ele não vai ser atendido pelo médico? Ou vai ser atendido por vocês? Vocês não estão respeitando os outros profissionais. O espaço aqui não é o espaço de vocês'. (H1/5 - assistente social)

O relato descrito exemplifica uma situação-limite entre a autoridade médica e a policial. Interessante notar que não foi o médico que investiu contra o abuso ou inadequação do exercício de poder policial (no espaço em que o poder legitimado é o dele). A ação dessa assistente social defendia a lógica organizativa que rege relações e a legitimidade da própria instituição. Tais confrontos à autoridade médica também são observados quando chega um 'bandido importante' ou seu parente (como veremos no capítulo 5).

Enfim, há que ressaltar que o poder médico não é um bloco único, embora seja referência para a organização das relações de trabalho no setor. Há fronteiras variadas em que o poder é protagonizado por outros atores. Na 'porta de entrada', região por excelência do limite entre a rua e o ambiente interno do hospital, podemos ver vários outros atores que detêm, naquele *locus* de relações, o poder. A triagem feita por seguranças é um exemplo claro. São eles que dizem quem vai ou não ser atendido e que concedem prioridades a este ou àquele paciente. Na região interna da ação organizacional, outros pequenos poderes (mas de grande impacto) também serão exercidos.

Um auxiliar de enfermagem pode, por exemplo, ser decisivo para que um paciente receba ou não os cuidados necessários. São muitos os territórios de poder circunscritos na emergência que se estendem para além dos limites estritamente geográficos. São linhas de poder que avançam conforme as relações de força entre os interlocutores presentes naquela situação específica. Parentes e auxiliares de enfermagem, parentes e médicos, parentes e triadores são apenas exemplos de uma análise combinatória extensa entre os muitos pares e tríades de interlocutores diretos no exercício dialético de poder e impotência que envolve os atores no PT de emergência.

NOTAS

1 Em 1998, esse *set* de atendimento foi deslocado para uma sala própria, sendo criado um acesso mais fácil para os socorristas e mais privado para a atuação da equipe.

2 Em 1999, a exemplo do Hospital 1, uma sala foi destinada para atender exclusivamente esses casos.

3 A partir de 1998, uma série de inovações gerenciais foi feita no Hospital 2. Uma delas foi a de estender a atuação voltada ao pré-atendimento de emergência, que passou a atender todos os casos de resolução mais fácil. Até 1996, esse serviço só operava com enfermeiras e assistentes sociais, funcionando até 13 horas. Posteriormente, foram incorporados médicos na equipe e o horário de atendimento foi estendido até as 20 horas. Só em 1998 essa unidade atendeu 130.698 pacientes, muitos dos quais seriam, inevitavelmente, realizados pela emergência.

4 Em julho de 2000, o prefeito sancionou um projeto de lei que incentiva as unidades municipais de saúde a aumentarem a carga horária de seus servidores com aumento proporcional de salários (*Jornal do Brasil*, 21/7/00). O Projeto 40 horas foi implantado, em fase experimental, em 1997, reduzindo o número de funcionários e, teoricamente, aumentando a permanência dos médicos no setor. Na prática, o profissional cumpre a jornada de 24 horas na emergência e o restante nas "enfermarias de rotina". Após essa modificação, os salários dos médicos em início de carreira passariam a R$ 2,4 mil. Acredita-se que o projeto possa contribuir para a diminuição das múltiplas jornadas de trabalho dos profissionais e para a melhora da qualidade do atendimento.

4

A Trajetória de Hospitalização das Vítimas de Violência

A trajetória e as experiências vivenciadas pelas vítimas de violências que procuram os serviços de emergência podem ser reconstituídas. Recompomos descritivamente, através dos testemunhos das vítimas, as dificuldades para obter assistência, as estratégias empregadas para atingir esse fim, as impressões sobre o atendimento, as interações e os conflitos que se dão nesse contexto.

Torna-se, entretanto, imprescindível analisar as representações e as experiências desses usuários no contexto do modelo médico, situando-as a partir de uma lógica cultural estruturadora das relações entre profissionais e pacientes. Defendemos que as vítimas de violências, quando buscam os serviços de saúde, sofrem nova forma de violência, de natureza simbólica, que ignora significações individuais, sendo a elas impostas aquelas vigentes no modelo médico de assistência.

Cabe definir o que designamos por hospitalização: a entrada do indivíduo no modelo hospitalar, aqui delimitado pelo setor de emergência. O termo se refere, portanto, à sua participação, como 'paciente', nesse modelo de assistência, dizendo respeito tanto a um único atendimento quanto à sua permanência na organização hospitalar.

O Processo de Atendimento Segundo a Ótica das Vítimas de Violências

Em Busca do Socorro Médico: a via-crúcis do pré-hospitalar

Há consenso de que o atendimento pré-hospitalar é fator determinante para a redução da morbimortalidade nas situações que envolvem violências e acidentes. Pesquisas americanas e européias chegam a constatar que esse atendimento é responsável pela redução de 50% das mortes evitáveis (Brasil, 2001).

No Brasil, os procedimentos de atendimento pré-hospitalar são baseados na experiência francesa, que treina leigos para manobras não invasivas com um suporte básico de vida. Na maioria dos estados brasileiros, esse resgate é efetuado pelo Corpo de Bombeiros e nem sempre conta com a presença de médicos. Em algumas regiões,

consulta-se o médico da central de atendimento, que orienta quanto à execução das manobras (CRMES et al., 1998).

Em documento elaborado pelo Ministério da Saúde, intitulado Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas (Brasil, 1990), defende-se maior sistematização, ampliação e padronização do atendimento pré-hospitalar. Nele se reconhece que o atendimento inicial inadequado pode ser a causa do agravamento das lesões, ocasionando o que se convenciona chamar de "segundo trauma". Segundo o programa, são objetivos de um atendimento pré-hospitalar:

> *estar disponível ininterruptamente e ser acessível a todas as camadas da população; atender prontamente quando solicitado; resgatar a vítima rapidamente e sem causar-lhe danos maiores; iniciar imediatamente as medidas de suporte de vida e de reanimação; transportar o ferido em condições que lhe garantam a maior segurança possível; proceder à triagem da vítima de modo a dar-lhe o destino mais adequado à natureza e gravidade de suas lesões.* (Brasil, 1990:11)

As recomendações feitas para a implantação de um sistema de atendimento pré-hospitalar versam sobre as condições de: 1) suporte de comunicação (dispor de número telefônico de referência, de central de comunicações subordinada ao Corpo de Bombeiros, de fácil acesso entre a central e os hospitais da rede); 2) técnicas básicas para a utilização dos veículos de resgate; 3) recursos humanos, entendendo como necessário o monitoramento das ações dos bombeiros por médicos, sediados na Central de Comunicação; 4) treinamento para todos socorristas (definindo o número de horas dos cursos de capacitação).

Esse documento reafirma o envolvimento dos Corpos de Bombeiros com tal tipo de socorro nas 27 capitais e nas cidades das regiões metropolitanas.

Dispomos no país, basicamente, de dois sistemas de assistência pré-hospitalar de caráter público: o serviço 192 (a cargo dos municípios) e o sistema 193 (a cargo dos bombeiros, de âmbito estadual). Na prática, no estado do Rio de Janeiro, os bombeiros atendem unicamente ocorrências em logradouros públicos. As pessoas que se acidentarem no âmbito doméstico ou em locais privados dependeriam do socorro prestado pelas ambulâncias municipais. Esse serviço é considerado, no entanto, extremamente ineficiente na maioria das capitais brasileiras (CRMES et al., 1998).

Em documento posterior, de 2001, denominado Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, o Ministério da Saúde reconhece a ausência de diretrizes nacionais para a área de emergência, especialmente no atendimento pré-hospitalar. Por isso, alguns estados criaram seus próprios serviços, sem uma diretriz central. A única semelhança entre eles é a ação desenvolvida pelo Corpo de Bombeiros, que ainda assim apresenta diferenças regionais quanto à forma de operacionalizar o atendimento. Verifica-se ainda que não há um currículo mínimo para a formação desses profissionais nem uma padronização dos veículos utilizados no resgate. O documento defende, finalmente, a necessidade de investimentos urgentes dos estados e municípios nessa área de assistência, visando a sanar tais problemas, bem como a promover sua integração ao atendimento hospitalar de emergência (Brasil, 2001).

Tais fatos contextualizam os depoimentos colhidos em nosso trabalho de campo. O que pudemos perceber é que o socorro às vítimas de violências, na maioria das vezes, inicia-se por um ato de solidariedade de um vizinho, amigo ou um desconhecido que testemunha o ocorrido. O carro de alguém da comunidade foi apontado como bem extremamente precioso nesse momento de urgência, colocado à disposição da vítima, a despeito, por exemplo, do sangue que poderia sujá-lo ou das prováveis argüições policiais pelas quais teria de passar o proprietário. A análise quantitativa dos dados declarados por 364 vítimas de agressões atendidas (excetuando as de balas perdidas) nos dois hospitais da pesquisa constatou que a ambulância do Corpo de Bombeiros, embora elogiada como meio importante de socorro, só foi responsável pelo atendimento de 4,9% dessas pessoas, delimitando seu raio de ação aos que sofreram violências em logradouros públicos. O automóvel particular (29,4%) e o transporte coletivo (32,7%) foram os meios mais utilizados nessa fase pré-hospitalar.

A etapa seguinte relatada pelos entrevistados (e a mais difícil) era, enfim, achar um hospital público que os atendesse. Foram recorrentes as descrições sobre a peregrinação por vários hospitais, onde, alegando ausência de condições de atendimento, era sugerido um próximo destino. Alguns serviços, reconhecendo a gravidade da lesão, colocavam uma ambulância para fazer o traslado, outros nem isso faziam, deixando o indivíduo à própria sorte. Tais posturas contrariam disposições normativas do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. No artigo 6º, da Resolução 24/89 (Cremerj, 1997:37), preconiza-se que:

> *O médico deve registrar, no documento de encaminhamento, a patologia e os motivos pelos quais a instituição em que trabalha não tem condições para atender o paciente, quando encaminhá-lo para outra instituição.*
> *Parágrafo Único. No caso de remoção de pacientes para outras instituições, a direção deve assegurar os meios para efetivá-la com segurança após contato prévio e anuência da instituição que o receberá.*

Observamos, no dia-a-dia do campo e nas entrevistas com os profissionais, que os pacientes trazidos de outros serviços, nos quais não foram atendidos, eram vistos como "pacientes de outro hospital", portanto, considerados como um "trabalho extra".

Os outros serviços de emergência não realizaram o atendimento ou porque não havia médico da especialidade exigida pelo tipo de lesão (especialmente cirurgião e ortopedista) ou por não dispor de aparelhos de apoio diagnóstico (Raios-X e tomógrafo). Em alguns serviços não se dispunha de ambos. Esse terrível quebra-cabeças, em que sempre faltava uma peça, gerava uma peregrinação às vezes de mais de 24 horas, como em alguns casos em que a vítima voltou para casa e reiniciou a busca no dia seguinte. Note-se que se tratava de casos de emergência, como fraturas e perfurações por projétil de arma de fogo.

> Precisava operar e lá [hospital estadual Getúlio Vargas] não tinha ortopedista, mas disseram que eu esperasse a turma da noite porque provavelmente viria um médico ortopedista. Também não veio. (E31 - paciente)

Os moradores dos municípios da Baixada Fluminense, no conjunto entrevistado, foram os que disseram ter procurado um maior número de serviços até obter atendimento.

Contrariando o que é preconizado internacionalmente (Powers, 1973) e pelo próprio Cremerj (1997) quanto a responsabilidades e critérios do serviço de emergência para negar atendimento, encaminhando o paciente para outro serviço, vários entrevistados relataram que muitos hospitais "nem deixavam entrar" ou "da porta mesmo diziam que não podiam atender", evidenciando a situação de abandono que tiveram de enfrentar. Cabe ressaltar que a recusa ao socorro muitas vezes não era precedida de exame feito por um médico, mas por ação de um segurança ou recepcionista.

Contabilizando a hora do incidente e o primeiro socorro médico real, percebemos uma média de três a quatro horas. Tal fato vem reforçar a tese de que quem sobrevive é porque não morreria. Ou seja, sobrevivem aqueles casos cuja gravidade não levaria à morte, ainda que não fosse prestado um socorro urgente.

Muitos entrevistados contaram que chegaram a enfrentar filas durante horas para só depois serem informados de que naquele hospital não seriam atendidos. Além da perda de tempo, às vezes fatal, havia a frustração e a angústia de ter de recomeçar a procura.

Outro aspecto importante e recorrente nos depoimentos era o socorro prestado em parcelas, muitas vezes de má qualidade, feito não a partir de critérios técnicos, mas, geralmente, devido a súplicas do indivíduo. A cada serviço visitado, o próprio ferido ou seu acompanhante pediam que se fizesse, por exemplo, uma "tala" provisória ou uma atadura para estancar uma hemorragia, até conseguirem um socorro efetivo.

> No hospital [X] não encontrou atendimento. Como sofria muita dor quando o carro passava pelos buracos no caminho, pediu que alguém passasse uma atadura de crepom, ali mesmo dentro do carro. (E15 - homem de 35 anos que sofreu uma lesão por projétil de arma de fogo) (diário de campo)

> Eles [no hospital Y] falaram: Nós... estamos sem médico. Só tem um cirurgião aí e ele está ocupado agora. Isso aí é emergência. É correndo (...). Aí falei para eles: – Me enrola o braço aí, pra estancar o sangue um pouco. Eles foram lá e enfaixaram o braço dele, mas aquilo encharcou tudo e aquele sangue, só sangue. (E13 - mãe de rapaz cujo braço foi amputado por uma granada)

Diante dessa situação, de necessidade urgente e de incerteza quanto ao atendimento, dois tipos de conhecimento foram descritos como estratégicos.

O primeiro dizia respeito aos 'conhecimentos pessoais', o 'jeitinho', isto é, conhecer alguém que, por meio de prestígio pessoal, garantisse o atendimento e, na medida do possível, de forma rápida.

> Que o meu irmão... ele veio aqui e ajeitou tudo direitinho. (E19 - paciente)

> A minha salvação é que eu tenho um afilhado (...). Ele conhece o senhor da administração... ele veio aqui, ajeitou, coisa e tal... (E23 - paciente)

O segundo conhecimento referia-se à informação atualizada sobre o que cada hospital público tinha ou não a oferecer em termos de especialistas e equipamentos. Essa informação, divulgada entre vizinhos e familiares, revelava-se fundamental em momento de urgência.

Pesquisadora: – Por que você não foi no .... [nome do hospital]?
Entrevistada: – Porque não tem [ortopedista].
Pesquisadora: – Mas você nem chegou a ir lá.
Entrevistada: – Não precisava... É difícil até o Raio-X estar funcionando (...). O único lugar que tem é aqui. (E17 - paciente)

O socorro prestado pelo Corpo de Bombeiros, embora não tenha correspondido a muitos atendimentos, foi bastante elogiado, tanto pela rapidez como pelo conhecimento dos profissionais sobre "para onde levar". A diferença, óbvia, é que a corporação dispõe de mecanismos eletrônicos de consulta, verificando se este ou aquele hospital pode atender o indivíduo.

O esclarecimento da população sobre o perfil de atendimento de cada serviço é de responsabilidade da direção dos hospitais. Na Resolução 100/96, lê-se que: "a população deve ter conhecimento prévio dos serviços de atendimento às urgências e emergências oferecidos por cada unidade de saúde que a tal atividade se proponha" (Cremerj, 1997:94).

Entretanto, a população conta mesmo é com um serviço de 'boca-a-boca' com base em experiências anteriores de busca de socorro nos serviços públicos. Confirma-se a idéia de que os usuários constroem uma classificação que caracteriza a qualidade de cada serviço, distinguindo-os uns dos outros (o "hospital bom", "o ruim", "o matadouro") e criando uma espécie de guia de busca de atendimento.

O Atendimento: um olho só para uma terra de cegos

Ser atendido é tido como uma verdadeira graça para aqueles que percorrem inutilmente os hospitais em busca de socorro. O que deveria ser ordinário no cotidiano de qualquer serviço público de saúde é recebido como ação extraordinária e benevolência. Para essa população, ser atendida, "encontrar as portas abertas", é fato que merece reconhecimento e gratidão. Em quase todos os depoimentos, o interlocutor fez questão de frisar que, acima de tudo, aquele serviço prestou-lhe atendimento: "só consegui aqui" (E17 - paciente); "pelo menos este foi o único hospital que me atendeu." (E15 - o entrevistado procurou socorro por 20 horas, percorrendo quatro hospitais antes de encontrar atendimento).

Cabe ressaltar que não se trata de desmerecer os serviços e os profissionais que cumprem condignamente suas tarefas. Contudo, é lamentável constatar que, quando isso é cumprido minimamente, é visto como exceção, arrancando elogios dos beneficiados. Sobre isso, uma entrevistada, moradora da Baixada Fluminense que se acostumou a não receber atendimento quando precisa e que se resignou a ter um serviço "pobre para pobres", diz o seguinte: "lá [cita o município] eles não têm equipamento, até reconheço isso, quer dizer, hospital é carente, né? (...) Esse hospital, eu nem conhecia. Ele está de parabéns, e é até um hospital público, do município, né?" (E2 - paciente).

Apesar de toda a gratidão pelo atendimento, que abre a maioria dos depoimentos, várias críticas e reclamações são logo depois formuladas, como veremos a seguir. Não se trata de contradição ou paradoxo, mas de um raciocínio que incorpora as muitas dimensões da experiência. São as várias faces de uma vivência, que não se anulam nem se antagonizam. Ser grato por ter sido 'acolhido' não obscurece a crítica por esperar

várias horas para ser examinado por esse ou aquele especialista ausente no plantão, por não ter recebido alimentação ou por não saber quando a situação seria resolvida. Finalmente, numa tentativa de explicação, que poderíamos chamar de dialética, muitos depoentes, apesar de todas as mazelas sofridas, fizeram, generosamente, o movimento de crítica da crítica, relativizando sua postura, tentando realizar o difícil exercício de se colocar no lugar desse outro: "aqui a gente até se comove, porque você vê tantos casos piores que o seu, você vai reclamar do quê? (...) Se eu chegar e pegar um médico desses, ele vai dizer: 'olha, tem milhões de casos aqui'. Como eu vou reclamar?" (E32 - paciente).

Segundo alguns entrevistados, pode-se inferir que a avaliação positiva do atendimento ancorou-se em alguns critérios, para os quais não foi possível estabelecer um nível de hierarquia. O serviço de oferecer exames e outros recursos tecnológicos para o atendimento é considerado, por muitos, como um fator de qualidade do socorro prestado: "desse hospital daqui não tenho nada a reclamar (...) inclusive ele [seu filho] vai fazer uma outra tomografia, logo depois da cirurgia" (E2 – mãe de paciente).

Outro elemento de 'satisfação' do usuário é perceber que os profissionais realmente se empenham diante de uma situação limite, de luta contra a morte iminente. Apesar da grande quantidade de pacientes, dos baixos salários e de outros fatores que concorrem contra, eles 'se importam' com a vida humana. Novamente, condutas e posturas que constituem a própria vocação do profissional de saúde são enfatizadas com grande reconhecimento.

> Eu estou até achando legal, até bom, né? Ontem eu fiquei maravilhada duma coisa. Logo depois que eu cheguei, chegou um senhor, um coroa. A gente via que o coroa já estava morto, que caiu da laje. Eu vi eles socorrerem, juntaram mais de dez médicos em roda dele. E deu massagem no coração, e pelejando, e pelejando, pelejaram duas horas com aquele senhor. Eu marquei no relógio. Duas horas eles lutando para conseguir... Lutaram... Eu vi que aqui vale a pena a gente botar o doente aqui. Eles lutam mesmo... (E13 - mãe de paciente)

A acolhida ("dar alguma atenção") também é vista como fator de distinção e de qualidade do serviço (assim como a sua ausência é motivo de críticas negativas constantes). Essa atenção se materializa em atitudes básicas, tais como perguntar como a pessoa está se sentindo; fornecer um colchonete, um lençol; conseguir uma maca, tirando o paciente do corredor; explicar um procedimento antes de realizá-lo; falar dos motivos para a demora do atendimento ou de algum exame; contactar um parente: "foi ótimo (...) a cama que eu estava era chapa pura. Aí o médico e as enfermeiras ficaram com pena de mim e me trouxeram para cá e me botaram nessa cama" (E4 - paciente).

Tais observações não são novas. Há duas décadas, pelo menos, vários estudos indicam que a satisfação dos usuários deve ser considerada como um dos critérios de avaliação da qualidade do atendimento médico e dos serviços. Willians (1994), resgatando historicamente os diversos usos do conceito de satisfação dos usuários, revela que inicialmente o conceito se prestava a avaliar a relação entre profissionais e usuários em um contexto de atendimento ("sentido de concordância"). Posteriormente, nas décadas de 70, o conceito de satisfação já estava associado à idéia de avaliação que o

usuário fazia como consumidor (de insumos, medicamentos e serviços complementares). A partir da década de 80, justapõe-se ao conceito de satisfação a idéia de critério técnico, variável de avaliação, como uma medida de padrão de qualidade.

Segundo Willians, a técnica de *survey,* usualmente empregada para analisar a satisfação dos usuários, é extremamente empobrecedora de um processo muito mais amplo. Não se levam em consideração, por exemplo, os critérios que os usuários tomam para avaliar a atenção recebida (critérios socioculturais, de gênero, étnicos etc). Um dos maiores problemas é que tais estudos não analisam criticamente que a 'satisfação' estará orientada pelo grau de consciência dos direitos e do papel que o usuário pensa desempenhar no sistema público de saúde. Contudo, apesar de toda a estandartização da ótica dos usuários representada no conceito de satisfação (Avis, Bond & Arthur, 1997; Coyle, 1999), esses estudos têm, pelo menos, sinalizado (com muitas deficiências) para a necessidade de se considerarem as expectativas dos indivíduos no sentido de melhorar a atuação médica e tornar o atendimento 'mais humanizado'.

Tais estudos começaram a ser desenvolvidos a partir das observações sobre a interação médico-paciente, inauguradas por Parsons na década de 50 (Willians, 1994). Dentre os fatores mais usuais na análise da satisfação do usuário estão os aspectos da comunicação que se estabelece nessa interação (Lemme, Noronha & Resende, 1991; Ong et al., 1995).

Demandas por maior e melhor comunicação entre médicos e pacientes começam a ser enfatizadas com os estudos dos interacionistas simbólicos, a partir das décadas de 60 e 70. Até então, no campo da sociologia da saúde, a análise parsoniana vigorava, lendo a relação médico-paciente pelo enfoque consensual e assimétrico (Herzlich & Adam, 1992). Cabia ao médico o reconhecimento da legitimidade da doença do paciente, bem como, adotando uma postura neutra e técnica, orientá-lo para reconquistar a saúde. O poder médico teria, assim, tanto a função de fazer uma triagem dos indivíduos que de fato estariam doentes quanto a de guiá-los na recuperação de sua saúde e de seu papel produtivo na sociedade. Ao doente caberia reconhecer seu problema e empenhar-se em corrigi-lo, cooperando com o médico (Parsons, 1970).

A partir dos estudos de Freidson (1970), a relação entre médicos e pacientes passou a ser vista pelo enfoque do conflito de perspectivas. O médico é reconhecido como membro de uma categoria profissional que possui seus próprios interesses e um saber especializado, impondo ao paciente a ordem do tratamento. O paciente, por sua vez, buscaria ter reconhecidas suas próprias interpretações da doença e do tratamento. A correlação de forças destes dois pólos em conflito (médico e paciente) seria diferenciada segundo: o contexto organizacional (no hospital, no ambulatório, no consultório particular), o nível socioeconômico do paciente e o nível de dependência do médico em relação à clientela.

Os estudiosos da antropologia médica enfocam as diferenças de ótica entre médicos e pacientes, ainda que esses sujeitos desfrutem de um mesmo referencial cultural. Segundo tais autores, suas perspectivas estão baseadas em premissas distintas e eles empregam diferentes sistemas de prova e avaliação da eficácia do tratamento. O médico baseia sua atuação na racionalidade científica e, em linhas gerais, os fatos não mensuráveis por essa racionalidade (como as crenças e expectativas subjetivas dos

pacientes) são vistos como 'menos reais' e até inconvenientes para uma boa adesão ao tratamento. Como Helman (1994:100) aponta, "o problema consiste em como garantir alguma comunicação entre eles (médico e paciente) no encontro clínico". Ele recomenda que "o diagnóstico e o tratamento fornecidos pelo médico devem fazer sentido para o paciente, em termos de sua percepção leiga dos problemas de saúde, além de reconhecer e respeitar a experiência e a opinião do mesmo sobre sua condição" (p.135).

Zola (1973) considera que a natureza da comunicação médico-paciente é determinada pelos seguintes fatores não-médicos: 1) o *background* étnico do paciente; 2) a especialização do médico; 3) a disposição espacial da clínica (permitindo ou não a privacidade) e seu tipo de organização (participação de outros profissionais que facilitam a escuta dos aspectos psicossociais dos pacientes).

Alguns autores apontam que a comunicação médico-paciente no âmbito do atendimento de emergência é ruim ou deficitária (Lemay et al., 1996). O "ser informado" (sobre o tempo de espera, os exames e intervenções demandados) e "ser orientado" (sobre a evolução do tratamento, os efeitos dos medicamentos, entre outros aspectos) são considerados elementos da satisfação do usuário no contexto da emergência (Yarnold et al., 1998; Bruce, Browman & Brown, 1998).

Contudo, como argumentam Caprara & Franco (1999), não se trata de substituir um modelo de comunicação do tipo paternalista (o profissional sabe o que é melhor e toma sozinho as decisões) por um modelo informativo (o paciente é visto como consumidor de serviços e tem o direito de ser totalmente informado para tomar suas próprias decisões), reduzindo o médico a mero repassador de informações. O desafio é superar esses dois modelos, caminhando para uma comunicação baseada no diálogo e na partilha do conhecimento científico com o campo das vivências e o saber do senso comum. Trata-se de uma possibilidade de compreensão e explicação (portanto, um processo hermenêutico) que ambos, médico e paciente, são capazes e que certamente é dada pela linguagem (um exercício de partilha de determinado campo semântico). Mas que também é, ao mesmo tempo, impossibilitada pelas relações de poder, posição social e referências culturais que interferem nessa interação (Minayo, 1992).

Emergência ou Enfermaria?

> Aqui é emergência e enfermaria. Bom, não dá certo, né? Ou é emergência ou é enfermaria. Pra misturar as duas coisas, não tem como, né? (E11 - paciente há cinco dias em um leito de emergência)

O depoimento explicita uma das principais contradições percebidas pelos usuários do setor de emergência. Como já discutimos, nesse setor, além dos que realmente precisam de cuidados urgentes, aglomeram-se os que deveriam ser atendidos em serviços básicos de saúde e ambulatórios, os que já obtiveram atendimento de emergência e aguardam cirurgias, os que já fizeram cirurgia e esperam vaga em um leito de enfermaria e, finalmente, os que, apesar de já terem obtido alta, não têm para onde ir ou com quem ficar (os chamados "pacientes sociais"). Acrescentam-se a esse contingente os usuários dos municípios vizinhos. Parece-nos que o problema central é esse intenso fluxo de

entrada de pacientes (com demandas urgentes e não urgentes) diante de um fluxo lento de saída para outros setores (conseqüentemente congestionados). À revelia da organização da oferta de serviços por níveis hierárquicos de complexidade, a população acaba por buscar a emergência, sobrecarregando, assim, o setor. Caberia discutir, criticamente, essa crescente utilização dos serviços de emergência como 'porta de entrada' do sistema de saúde.

Ao contrário do que possa parecer, esse problema não é recente nem é específico da realidade do sistema de saúde brasileiro. A crescente utilização da emergência como opção da população já era notada nos EUA desde a década de 50, especialmente para os casos não urgentes (Grumback, Keane & Bindman, 1993). Há cerca de trinta anos, autores americanos discutiam esse problema como questão estratégica para os serviços de emergência (Torrens & Yedvab, 1973). Powers (1973) associa o próprio crescimento do setor de emergência às mudanças do perfil de utilização desses serviços e aponta que tais mudanças foram incorporadas pela população.

> *A emergência era originalmente o que seu nome implica – um lugar para tratamento de danos severos e doenças que exigem atenção imediata. Sua localização normalmente estava em alguma parte distante do hospital. Não tinha nenhum* status *organizacional, como um departamento, e a qualidade de cuidado prestado normalmente era o do padrão geral para o hospital. A emergência de um hospital moderno é um lugar drasticamente diferente. Agora o público vai à emergência para o tratamento de todos os tipos de danos e enfermidades. O número e volume de serviços exigidos transformaram a emergência, com efeito, em hospital em miniatura* (...)*. Está bastante claro, então, que o público considera a emergência como um centro médico comunitário* (...)*. Foram feitas tentativas de reeducar o público em relação à verdadeira função da emergência, mas o público, agora acostumado a confiar na emergência hospitalar para esses serviços vitais, não parece disposto a ser reeducado* (...)*.* (Powers, 1973:512, 513, 514)

O problema continua bastante atual e preocupa sobremaneira os gestores americanos. Baker & Baker (1994) citam o National Ambulatory Medical Care Survey e demonstram que 55,4% dos atendimentos feitos nas emergências nos EUA, em 1992, referiam-se a casos não urgentes. Segundo os autores, a questão ganha um considerável peso econômico, dado que, mesmo ajustando estatisticamente as características dos pacientes, diagnóstico e tratamento, o atendimento de emergência significa um custo duas a três vezes maior do que em outros setores. Estimam que, em 1993, esses atendimentos constituíram um custo adicional da ordem de US$ 5 bilhões.

Estudos têm reconhecido que um dos problemas centrais para a grande procura das pessoas à emergência com problemas não urgentes reside na dificuldade de acesso aos serviços de atenção primária (Malone, 1998). Além do enfraquecimento do atendimento realizado pela rede local de referência (community-based general practioners), o crescimento da oferta de atendimento feito por especialistas também tem atraído a população para as emergências (Davidson, 1978).

O perfil desses usuários consiste em geral de pessoas pobres, não brancas, desempregadas, sem seguro de saúde e sem outra fonte alternativa de cuidados de saúde (Andrén & Rosenqvist, 1985; Grumback, Keane & Bindman, 1993).

Lemay e colaboradores (1996), analisando a utilização em alguns serviços urbanos de emergência canadenses, apontaram o mesmo problema. Cerca de 64% a 70% dos casos atendidos nesses serviços eram não urgentes. Os autores, com base em exaustiva revisão bibliográfica, afirmam que essa também é uma realidade européia. Pennef (1992) relata que, na França, a oferta do tratamento de urgência nos hospitais públicos é definida legalmente de maneira muito ampla. Desde as urgências 'sentidas' subjetivamente pelos usuários às urgências leves e até aquelas que implicam risco de vida. Nas urgências públicas de Paris, apenas 22% dos atendimentos correspondiam ao que denominamos de emergência, ou seja, incidente que implica risco de vida ou sofrimento intenso que demanda intervenção médica imediata. Haveria, portanto, um conjunto de fatores determinantes da utilização dos serviços de emergência: o grau de urgência do paciente; o julgamento subjetivo do paciente; a disponibilidade e acesso a recursos de assistência alternativos à emergência; o *status* socioeconômico do paciente; a disponibilidade de arcar com custos de medicamentos, exames e necessidades complementares.

Em linhas gerais, há duas posturas que dividem as opiniões. Há aqueles que defendem que os serviços de emergência deveriam coibir o acesso, de forma direta, por triagem, ou indireta, oferecendo o atendimento somente após muitas 'barreiras', como as longas e demoradas filas, ou mesmo ofertando um cuidado deficiente. E há os que, com base no argumento de que os pacientes que não dispõem de recursos financeiros são os mais vulneráveis, defendem que negar o atendimento sem garantir-lhes uma fonte alternativa de cuidados é condenável ética e clinicamente (Grumback, Keane & Bindman, 1993).

Lemay e colaboradores acreditam que uma larga campanha ajudaria a solucionar a questão. Nessa ação educativa, alertar-se-ia a população sobre os serviços de emergência, explicando que eles representam um custo maior à coletividade e que sua natureza não permite um atendimento personalizado nem enfatiza aspectos preventivos. Os autores argumentam, entretanto, que caso não sejam oferecidos, de forma descentralizada, outros serviços alternativos, com ampla resolutividade e largo horário de funcionamento, as emergências continuarão a atender um número excessivo de casos e geralmente do tipo não-urgente. Grumback, Keane & Bindman (1993) crêem que uma triagem feita por enfermeiras que indicassem aos pacientes serviços próximos à sua residência, marcando as consultas, por exemplo, diminuiria o problema.

Diante da crescente privatização do setor de saúde em todo o mundo, seria a emergência um novo "asilo de pobres", como discute Malone (1998)? Se assim for, as ameaças de globalização da pobreza atingirão, mortalmente, as propostas de racionalização da utilização desses serviços.

Como no Brasil os serviços públicos de saúde ainda garantem de forma gratuita o atendimento, seria necessário pesquisar que outros fatores desmotivam a utilização dos serviços básicos e de outros setores para as situações que não envolvam emergência. Tratar-se-ia, como muitos pensam, de uma lógica popular meramente imediatista ou de desinformação? Muitas hipóteses poderiam ser arroladas para explicar a romaria diária da população às emergências. 1) a 'cultura' de procurar o tratamento de saúde somente quando se chega ao nível de crise; 2) a segurança de poder contar com um médico disponível a qualquer hora do dia (a despeito da qualidade do atendimento prestado); 3) a oferta de um ou mais médicos especialistas. 4) a idéia de maior 'resolutividade' do que

um hospital oferece (atendimento médico, exames e obtenção de medicamentos), o que significa economia de tempo e recursos; 5) a possibilidade de evitar as tradicionais filas nos postos de saúde, que obrigam o usuário a esperar desde a madrugada para obter um atendimento (muitas vezes marcado para meses depois); 6) a não criação de vínculos entre a população e os serviços básicos de saúde de sua comunidade.

Cremos que a opção pela emergência fundamenta-se num raciocínio popular pragmático, amparado por sucessivas experiências frustradas em outros serviços e aliado à possibilidade de êxito de resolução de problemas que a emergência corporifica. Revela, certamente, as limitações do sistema de saúde quanto à garantia das ofertas hierarquizadas, segundo demandas de atenção primária e secundária.

Cabe ainda pontuar que a lógica médica que classifica os eventos clínicos e traumáticos como "urgentes" ("ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata"), "de emergência" ("constatação médica de condições de agravo à saúde que implicam em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo tratamento imediato) e "não urgentes" (CFM, 1995), obviamente, não condiz com os critérios populares de urgência/emergência. Torna-se evidente o confronto entre ambas as definições, contudo, não podemos classificá-las simplesmente como objetivas (da biomedicina) e subjetivas (conceituações populares). Como argumenta Jacquemot (2000), há uma considerável imprecisão, por parte dos órgãos que formulam diretrizes internacionais ao funcionamento das emergências (a autora cita o caso do Conselho Europeu), quanto às variadas situações que podem ser conceituadas medicamente como urgentes e "mesmo no interior de uma avaliação propriamente clínica de um estado de saúde, há a participação de uma parte de 'subjetividade', particularmente quanto à apreciação de sua evolução" (Jacquemot , 2000:10).

A influência de uma imagem e função social criada em torno da emergência também não seria um fator relevante para o aumento da utilização desse serviço? Como Mossé (1996) explica, é preciso levar em consideração uma imagem idealizada da emergência como um atendimento que disponibiliza, simultaneamente, especialistas e profissionais de competências diversas e atendimento complexo num curto espaço de tempo. Ressalta que a ampla utilização dos serviços de emergência pode estar apontando para um novo sentido das demandas de atendimento da população mais pobre.

> *Mas pode-se considerar a existência de numerosas recorrências medicamente injustificadas aos serviços de urgência hospitalar não mais como desvios ou erros de condução, mas indicadores da complexidade das necessidades. Nessa condição é possível inscrever de modo positivo (e não somente de forma subsidiária) as ofertas da urgência no sentido de uma rede social e sanitária.* (Mossé: 1996:45)

Aquino (1987) realiza extensa revisão bibliográfica e afirma que a simples implementação de medidas para aumentar a disponibilidade de serviços comunitários ou a extensão de programas de seguridade social não implicam o decréscimo automático da procura dos serviços de emergência. Segundo ela, um dos obstáculos ao uso massivo do atendimento oferecido nos serviços básicos de saúde diz respeito (entre

os já mencionados anteriormente) à presença parcial dos médicos durante o horário de funcionamento e à crença de que esses serviços apenas oferecem atividades de imunização e puericultura (tradição que não foi devidamente 'atualizada' no imaginário popular).

A constante procura aos serviços de emergência é uma 'falta de outras opções' ou uma 'outra opção' que ainda convém compreender? Como analisar o problema sem cair numa visão liberal de 'livre escolha' (iniciativa individual conformando uma livre demanda) ou em seu oposto, num determinismo das estruturas do sistema de saúde orientando completamente as opções individuais de busca de atendimento?

Tais questões merecem uma reflexão maior, sobretudo no que se refere às expectativas dos usuários em relação a esses serviços. Com base nas entrevistas analisadas, pudemos perceber que não houve um desconhecimento da 'função' do setor de emergência. O que se apresenta é que o serviço, apesar de tudo, é visto de uma forma idealizada quanto à sua capacidade de resolutividade.

> [o papel da emergência?] é atender rápido os pacientes. (E4 - paciente)
>
> É atender a pessoa, ver o que é que pode fazer urgente, urgentemente e o mais rápido possível. Se tiver que operar, operar na hora, se tiver que transferir para outro hospital, porque não tem recurso, transferir. Aqui, o que eu vejo, é isso. Se estiver bom, mandar embora. (E9 - paciente)
>
> É prestar os primeiros socorros e encaminhar para fazer um tratamento adequado. (E10 - paciente)

Dessa maneira, como apontamos no capítulo 3, a relação entre o tamanho das equipes (tendo de se considerar os arranjos corporativos) e o contingente da demanda é sempre muito desigual. Em outras palavras, as emergências estão, via de regra, lotadas, funcionando como uma grande enfermaria. Essa lotação, somada a problemas como salários defasados e desmotivação profissional, interfere na qualidade do atendimento, fato que é devidamente percebido e criticado pelos usuários:

> Não tem o que reclamar, mas é muita gente para ser atendida e muito pouca gente para atender. O pessoal ganha muito pouco, neguinho tá puto. (E14 - paciente)
>
> Eu não tenho nada a reclamar... Bom, fiquei numa maca porque não tinha lugar. Fiquei assim por umas duas horas, aí a médica veio e me deu uma injeção, passou um pouco a dor, mandou esperar. (E11 - paciente).
>
> Eu não tenho nada a reclamar... o ruim é que a pessoa fica demorando demais. (E26 - paciente)

Como já ponderamos, as estruturas de suporte, os processos de trabalho, as vocações e os perfis profissionais da emergência e da enfermaria são distintos. Quando há tal justaposição, cria-se um espaço ambíguo, em que muitas das necessidades de um paciente, como alimentação, cuidados de higiene, atenção da enfermagem, podem ser negligenciadas. Além disso, a presença contínua dos 'acompanhantes' desse 'paciente' gera solicitações não atendidas e uma estrutura de suporte de que não se dispõe numa emergência. A queixa mais comum diz respeito à alimentação,

nem sempre oferecida, e à inconstância dos cuidados de enfermagem. Utilizando uma lógica contraditória, os profissionais argumentam que ali não é enfermaria, cabendo aos pacientes resignarem-se.

> É o que acontece com a maioria das pessoas aqui [refere-se ao fato de ter esperado dois dias para sair de uma maca e ganhar um leito no setor de emergência]. A moça falou que aqui é emergência, não é enfermaria, né? (E11 - paciente)

> Fiquei sentada naquela cadeira. O J. ficou nervoso, tadinho, quase entrou em pânico de ver eu sentada ali... 'Arruma uma maca dessa pra minha mãe deitar um pouquinho. Minha mãe tá sentindo muito frio'. (...) Eu fiquei, minha filha, que batia queixo. Porque ali é muito congelado, eu batia queixo, nem um lençol nem nada (...) Sentada... e sem comer nada. Nem um café... nem um cafezinho. (E13 - mãe de paciente)

> Aqui estamos numa emergência, então tem que tratar o que está chegando, quem corre perigo mesmo. Eu tenho que ser operado (...) agora só depende de uma vaga. Às vezes eu preciso assim... que pelo menos forrasse uma coberta. Ontem eu comi aqui e sem poder mexer, sujou isso tudo de comida (...) um lençol, um banho. Banho eu sei que só lá na enfermagem [enfermaria], parece, pode tomar banho. Eu estou desde sábado sem tomar banho. (E9 - paciente)

> De madrugada as pessoas querem ir no banheiro e não podem ir. A enfermeira não está aqui (...), eu pedi para fazer o curativo e saiu. A demora é pra tudo... se fizessem o curativo um dia sim, um dia não, eu já estava em casa há muito tempo. (E26 – paciente que estava há dez dias na emergência e afirmava que há sete dias não lhe trocavam o curativo)

Tal situação pode chegar a limites insólitos, como com um paciente que estava há três meses num leito de emergência aguardando uma segunda cirurgia de plástica reparadora. Ainda que do ponto de vista médico fossem necessários tantos meses para a realização de uma nova cirurgia, a emergência não é de maneira alguma o local adequado para tal espera. Segundo esse homem, as enfermeiras "nem lêem o que está escrito aí [prontuário], elas repetem o mesmo medicamento da vez anterior". Como de fato pudemos observar, ao verificarmos seu extenso prontuário, a mesma medicação se repetia por meses. Alguns dias eram 'pulados' sem quaisquer anotações.

Percebemos que em certas situações, sobretudo no setor de ortopedia, o tempo de espera de uma transferência para determinada enfermaria ou para a realização de uma cirurgia era especialmente longo. A espera, aliada aos vínculos que se constroem na partilha de situações de dor e infortúnio, favorece laços de amizade e solidariedade. Muitos dividem alimentos e revistas trazidos pelos familiares. Nessas horas lentas trocam 'desabafos'. Não raro, tentam ajudar uns aos outros, interferindo junto à enfermagem para que seja resolvida alguma necessidade daquele companheiro ou mesmo buscando consolar os que se desesperam.

> O sr. E. não se intimida em nenhum momento da conversa. Fala palavrões, afirma tranqüilamente que bateu na companheira no meio da rua antes de ser agredido por um grupo que resolveu se meter. Entretanto, quando o entrevistávamos, uma jovem ao lado de seu leito começou a chorar. Ele, imediatamente, num tom muito carinhoso,

começou a consolá-la. Não só o sr. E, mas todos os que estavam ao lado, até mesmo os que pareciam alheios ao mundo. Tratavam a jovem pelo nome e diziam 'não chora, M'. A menina chorava cada vez mais e o grupo passou a me olhar num tom de exigência: 'Chama a enfermeira, a M. está chorando'. (diário de campo)

A inadequação da permanência na emergência daqueles que não mais necessitam desse tipo de cuidado é percebida por todos. Desde o século XVIII já se via como prejudicial à saúde a mistura de diferentes demandas médicas em um mesmo espaço. Nessa época, a Comissão convocada por Luís XVI para examinar as condições dos hospitais franceses ficou chocada diante de tamanha desordem, sugerindo reformas urgentes no espaço hospitalar.

Os membros da Comissão viram (...) os convalescentes misturados nas mesmas alas com os doentes, os moribundos e os mortos (...) a sala dos alienados contígua à dos infelizes que sofreram as mais cruéis operações e que não podem esperar nenhum repouso tão próximos a esses dementes, cujos gritos frenéticos se ouvem dia e noite. (Cisneros apud Antunes, 1991:149)

As experiências relatadas por Tenon (Foucault, 1979; Antunes, 1991) não são estranhas aos que vivenciaram a situação ambígua de ficar na emergência, quando deveriam estar numa enfermaria. Relatavam que não conseguiam dormir, pois outros pacientes continuavam a chegar, movimentando o setor. Afirmavam que os gritos dos que chegavam não só lhes tirava o sono como incomodava a alma. E que viam constantemente corpos ensangüentados, esfacelados, perfurados, cortados, o que lhes tirava o repouso e o apetite.

Ele falou que eu quebrei a cabeça. Eu sei, pô... mas só que se eu estivesse me sentindo mal, mas eu estou me sentindo bem, já. Não estou cem por cento. Aí, eu estou querendo ir embora pra casa, e aqui também não tem como a gente descansar não... agora você pode ver o tumulto e logo mais é... outro gritando de dor. (...) Eu estou doido pra ir embora. (E6 - há uma semana na emergência)

Chega um paciente ferido, outro ensangüentado, outro esfaqueado, o outro bêbado gritando, só coisa ruim, entendeu? Quer dizer, pra mim, um hospital não é astral bom, é só carga negativa. (E11 - paciente)

Me deixaram no corredor, do corredor me levaram lá para a sala de emergência. Fiquei lá oito dias, sem dormir. Estava sempre chegando gente, é bombeiro, é isso, é aquilo (...). Quando eu olhava, sangue de um lado, sangue do outro... Como você vai comer? Cheiro forte de remédio... Minha pressão estava controlada, cheguei aqui minha pressão descontrolou. (E33 - paciente)

Às vezes os pacientes presenciavam, lado a lado, a morte de alguém. Rapidamente os profissionais 'embrulhavam' o corpo e tratavam de sua remoção. Sem muita cerimônia, passavam a chamar tais corpos de "pacotes". Esse jargão antigo sugere uma provável negação da morte no contexto da ação médica, sendo associado a um imaginário de fracasso e impotência, uma verdadeira antítese da vocação de "salvar vidas" (Hoffmann, 1993). Transformar, simbólica e materialmente, corpos de pessoas mortas em "pacotes" revela como essa cultura organizacional lida com o sentido de liminaridade que a morte instaura. Tratar-se-ia da negação da pessoa que há (houve) naquele cadáver

ou do reconhecimento de que, não havendo mais vida, a atuação clínica se revela impossível? Não aprofundamos a discussão, apenas ressaltamos que, se para os profissionais a proximidade com a morte é, em certo sentido, ameaçadora, para os pacientes esposar de sua companhia é, provavelmente, muito mais assustador.

Diante de tais sofrimentos, sobretudo psíquicos, não causou espanto a afirmação de um dos entrevistados, há mais de dez dias 'internado' na emergência, quando disse: "Estou dando cambalhotas para ir embora daqui".

Vivendo na Carne as Conseqüências do Modelo Médico

> *Ao contrário do que ocorre nas alternativas informal e popular, a pessoa doente é separada da família, amigos e comunidade no momento da crise pessoal. No hospital submete-se a um ritual padronizado de "despersonalização"; é transformada num "caso" numerado e colocada numa ala repleta de estranhos. A ênfase recai sobre a doença física, com poucas referências ao ambiente doméstico, religião, relações sociais, status moral ou ao significado que o paciente dá à doença.* (Helman, 1994:84)

Em Busca de Reordenação da Experiência de Violência

Como Helman aponta, o modelo médico profissional tem no hospital o *locus* privilegiado de seu exercício. E será na internação hospitalar que os processos de isolamento e despersonalização do doente atingem o auge. No caso das vítimas de violências, elas nem de fato estão internadas, nem de fato estão doentes. Contudo, a vivência de hospitalização será realizada, e, a despeito de não terem cumprido a vivência do adoecer, são imediatamente encaixadas no percurso preconizado pelo modelo médico. Tentam, então, reconstruir uma ordem. Buscam juntar os fatos, recompor os fragmentos da experiência, para, assim, dar sentido à situação da hospitalização. Tentaremos apresentar os movimentos que revelam a possibilidade dessa narrativa. Naturalmente, não poderíamos falar de uma narrativa da violência, afinal, são muitos e diversos os fenômenos envolvidos. Podemos apenas apontar essa busca de situar uma experiência violenta dando-lhe inteligibilidade simbólica. Como Byron Good (1996:139) define, narrativa é:

> *uma forma na qual a experiência é representada e recontada; na qual os eventos são apresentados como tendo uma ordem coerente e significativa; na qual atividades e eventos são descritos conjuntamente às experiências, sendo associados com os significados que lhes emprestam as pessoas envolvidas.*

Ao contar o evento ocorrido, os entrevistados demarcavam em suas falas a experiência de fragilidade e de desordem que a violência instaura. Diante da velocidade das ações e da constatação dos danos, buscavam recompor, através da narrativa do acontecido, o encadeamento fugidio dos fatos. Impactados pela dor, pela lesão de seus corpos ou de seus entes queridos, tentavam remontar o enredo da história, achar um fio condutor que desse sentido à situação vivida: "A única coisa que tenho a dizer é que é

bala perdida, não sei, eu, eu (...) tudo não tem lógica para mim (...) eu estou procurando entender" (E2 - depoimento de mãe cujo filho foi vítima de uma "bala perdida". O menino, de 10 anos, foi baleado no crânio).

Por vezes percebia-se na construção do enredo uma lacuna nos acontecimentos, seja porque a vítima ficara inconsciente, seja porque as testemunhas só presenciaram uma certa seqüência do acontecido. Quando o próprio protagonista não dominava todas as partes da história, parentes e vizinhos contribuíam com testemunhos, dando legitimidade coletiva à experiência. Esses hiatos, quando persistiam, geravam em quem viveu a experiência uma ansiedade considerável. "Essa parte eu não sei", repetiam com insistência, denunciando a peça que faltava. Como enfatiza Good (1996), o enredo da narrativa (*plot*) é mais do que a ordem seqüencial dos acontecimentos, é a ordem significativa através da qual as experiências e os eventos são colocados juntos para compor uma história.

A busca de uma racionalidade para aquela vivência fazia com que seus protagonistas construíssem conjecturas que traduzissem os motivos do ocorrido. Nos depoimentos analisados pode-se inferir que as pessoas que sofreram violências buscam uma 'explicação'. Procuram causas que não se restringem simplesmente à situação imediata que gerou o ato de violência (seja assalto, briga etc). Dessa forma, no enredo, além de uma seqüência e uma certa progressão temporal, há uma determinada organização dos fatos que sugere uma causalidade (não definitiva, 'aberta'). Não se trata de um simples "isso aconteceu devido a este ou aquele fator", mas de uma versão possível, capaz de fazer sentido tanto para quem viveu a experiência como para quem ouve o seu relato.

Analisaremos os depoimentos a partir de três núcleos explicativos que se candidatam como enredos possíveis.

O primeiro – o sentido 'heróico' – refere-se a uma má avaliação das ações e conseqüências possíveis em uma relação de forças desiguais. Este foi um enredo enunciado por aqueles que tentaram reagir ao agressor, estando em posição de franca inferioridade. Contudo, essa inferioridade, até mesmo bélica, não foi levada em conta, pois acreditaram que a situação poderia ser revertida por meio de ação corporal eficiente e heróica.

> Eram dois, uns molecotes de 18 anos cada um. Eles me disseram 'isto é um assalto'. Não pensei, me atraquei para tirar a arma dele. Meu filho veio em seguida para ajudar, também foi baleado. Se ele viesse por trás dava pra pegar eles, mas, coitado, não pensou. (E1 - militar aposentado que teve a casa assaltada)

A 'covardia' foi uma construção explicativa que se evidenciou na ênfase atribuída ao caráter do agressor. A violência seria perpetrada por alguém ou grupo que, invariavelmente, lançava mão de algum expediente desonesto. A vítima era atingida quando estava "de costas" (aspecto intensamente frisado nos depoimentos para configurar traição e ato vil); ou era agredida por um grupo (covardia pela superioridade numérica): "Fui cobrar o dinheiro dele (...). Ele esperou eu ficar de costas e meteu uma pedrada na minha cabeça" (E3 - paciente).

A 'vontade de Deus ou a ação do demônio' constitui uma terceira vertente explicativa ligada à ordem do sobrenatural. Aponta-se a explicação do ocorrido pela influência de uma força divina ou demoníaca. A vontade divina para a ocorrência de

uma situação funesta teria o sentido de aprendizado, uma certa pedagogia do sofrimento, como exprime uma das entrevistadas: “que as coisas estão acontecendo na minha vida porque Deus quer, porque Deus quer que eu cresça também...” (E25)

Em oposição, na eterna luta das forças do bem contra o mal, o demônio atingiria os filhos de Deus para testar a verdade de sua fé.

> Ele tinha o dom de visão, dom de profecia e tudo. Ele é uma bênção na igreja. Aí depois, botei ele na escola, começou a estudar... Afastou da igreja. Aí, agora, domingo, ele falou: ‘mãe, eu vou decidir pelo que eu era. Vou ficar é mesmo na igreja’. E o diabo escutou! E o Satanás escutou isso. Porque o Satanás não quer que ninguém faça o bem, não. Ele só quer fazer derrota. Ele está trabalhando 24 horas por dia (...). Está prestes a Jesus vir buscar os escolhidos dele, e Satanás está agora furioso. Ele não quer perder. Ele está lutando. (E13 - mãe cujo filho foi atingido em frente à própria casa por uma granada, em provável confronto entre policiais e traficantes. O rapaz, de 16 anos, teve o braço decepado)

Mesmo assim, a proteção divina seria soberana, salvando partes ‘nobres’ do corpo ou mesmo garantindo, no final de tudo, a própria vida : “porque Deus protegeu a cabeça” (E24), ou “porque Jesus falou, na vida dele tu [o diabo] não toque. Toque no braço, mas na vida tu não toque” (E13).

Naturalmente, esse conjunto de ordens explicativas enunciadas não abarca de forma exaustiva as muitas interpretações possíveis sob a ótica daqueles que sofrem atos violentos. Apenas são exemplos que indicam a necessidade de se empreender maiores estudos nesta área. Sua totalidade é um projeto impossível, dado que a experiência sempre excede a “narrativização”, ou a capacidade de descrevê-la (Good, 1996; Alves & Rabelo, 1998). Por mais exaustivo que fosse este estudo, não seria possível traduzir as marcas psíquicas, corporais, o campo sensorial e afetivo em que se inscreve a experiência da violência. Apenas reforça a busca de uma organização mental e cultural para dar racionalidade às experiências traumatizantes que têm o poder de desorganizar o cotidiano, o corpo e a subjetividade de quem as vive. Como afirma uma das entrevistadas: “Eu não me desesperei porque eu sou serva do Senhor. Senão eu tinha ficado maluca” (E13).

Contudo, esse campo narrativo não se esgota aí. Além das explicações que tentam atribuir um sentido à experiência violenta vivenciada, há ainda o campo das ‘versões’. Toda narrativa é uma versão da experiência. Uma versão que tem o efeito de convidar o ouvinte a entrar no mundo pressuposto pelo ‘texto’, a partilhar empática e imaginativamente da construção da história com aquele que a narra. Mas denominaremos de ‘versões’ as narrativas que buscam alcançar o máximo de credibilidade diante de uma determinada audiência de espectadores. O enredo é deliberadamente construído com o intuito de convencimento, pressupondo uma preocupação com a lógica interna, com a verossimilhança. O que se busca nesses casos é ser reconhecido como vítima da violência para fugir de um possível envolvimento criminal. Deseja-se também evitar uma situação vexatória, atribuindo acidentalidade a um ato de agressão. De forma exemplar, as versões da “bala perdida” e do “acidente quando limpava o revólver” pleiteiam inocência. A famosa versão da “queda” escamoteia várias situações de violência conjugal e possíveis maus-tratos de crianças. Na maioria das vezes, são versões cuja verossimilhança não se sustenta por muito tempo. O relato do acontecido, ao ser confrontado

com a análise técnica do tipo de lesão apresentado, sucumbe em sua tentativa de convencer. Tais versões são reconhecidas na prática da emergência como “historinhas” (“mentirinhas”). Há a construção de um enredo (*plot*) que nem sempre consegue ‘enredar’ (*emplotement*) positivamente a sua audiência.

> Tudo é bala perdida. São aqueles cidadãos que chegam aqui... ah, é bala perdida, que nem o outro que estava ali, gente boa à beça, levou oito tiros, tudo bala perdida (...). Eu acho que ele faz uma dieta à base de ímã, né? Come ímã, provavelmente... (H2/9 - médico)

Despersonalização, Impessoalidade e Solidão

> *No hospital o relacionamento dos profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, técnicos – com seus pacientes é essencialmente caracterizado pela distância, formalidade, diálogos rápidos e freqüentemente pelo uso de jargão profissional.*
> (Helman, 1994:84)

Foster & Anderson (1978) destacam a perspectiva do paciente quando submetido, através da hospitalização, ao modelo médico profissional. Em ampla revisão bibliográfica, os autores chamam a atenção para os seguintes processos decorrentes da experiência de hospitalização: a despersonalização; a perda de controle sobre o próprio corpo; a perda de identidade. Brink e Sanders (apud Foster & Anderson, 1978) chegam a designar a experiência da hospitalização como “choque cultural” ocasionado pelo afastamento das referências familiares, pela sujeição a uma linguagem nova e não compreensível (o jargão médico) e pela necessidade de adequação a um ambiente que inclui uma parafernália de instrumentos e artefatos completamente estranhos.

Percebemos, ao longo de observação de campo, nos depoimentos dos entrevistados, que a relação travada entre quem prestava o atendimento e quem era atendido pautava-se, geralmente, na mais completa impessoalidade. Os entrevistados, quando solicitados a falar sobre o atendimento, raramente sabiam dizer o nome do médico que os atendera. Alguns não sabiam nem que tipo de especialista os examinara. Outros sequer conseguiam distinguir se quem os medicara fora um(a) médico(a) ou um(a) enfermeiro(a). Naturalmente, há que se ressalvar que o atendimento de emergência tem certas peculiaridades que exigem agilidade da equipe, o que quase sempre significa pouca atenção à pessoa, dado que são muitos a atender. Contudo, pela ótica daquele que ‘sofre’ esse atendimento, não saber sequer o nome de quem tem, naquelas circunstâncias, tanto poder sobre sua vida gera um sentimento de grande fragilidade. Assim, não é esse ou aquele médico/enfermeiro que os atende, mas agentes de uma capacidade técnica especializada. Não há nomes, mas profissionais que se revezam na construção do diagnóstico, com prescrições e cuidados. Em suma, não há interlocutor. Em vão, os ‘pacientes’ tentavam fixar as características físicas do médico que primeiro os atendera, na busca de notícias sobre o seu tratamento e de alguma individualização.

Observamos ainda que havia um grande desconhecimento dos entrevistados quanto aos procedimentos médicos a que tinham sido submetidos. Via de regra, nenhuma

explicação sobre a função desse ou daquele exame, medicamento ou intervenção era dada. Voltamos a ressalvar que situações que exigem uma intervenção rápida não admitem tais explanações, que podem, no entanto, ser feitas posteriormente. Contudo, a despeito do estado geral do usuário, tal orientação quase nunca era dada: "Eu vi ele botar isso aqui no meu braço. Ah, isso eu vi, eu estava presente, eu vi, não fiquei dormindo não" (E9 - "isso" se referia a ferros de tração óssea).

Muitas vezes, a ausência de explicações técnicas, mesmo que 'simplificadas', conduzia a interpretações próprias, ancoradas no estoque cultural daquele indivíduo. Um exemplo desse processo de construção interpretativa da intervenção médica foi o da mulher cujo filho havia sofrido uma amputação do braço por ter sido alvejado por uma granada (caso já descrito). Extremamente angustiada, dizia que estava muito preocupada porque, segundo ela, "eles não estão dando antibiótico, estão dando só soro. Só soro e remédio para dor". Em sua concepção, o antibiótico deveria ser ministrado à parte, pois se destinaria a combater "a quentura" do local da amputação. Assim, o soro destinava-se a alimentar o corpo (de forma insuficiente), o "remédio para dor" aliviaria o sofrimento e o antibiótico combateria a "gangrena". Cada procedimento deveria ser visualizado, tornado concreto. Ninguém lhe havia explicado que o antibiótico, assim como o medicamento para dor, poderiam estar no soro. Outra grande preocupação dessa mãe era que "não estavam alimentando o seu filho". Não compreendia por que não davam comida ou outros alimentos para o rapaz, já que ele perdera tanto sangue (ela, insistentemente, repetia: "não deram nem um copo de leite pro menino"). Em sua análise, era inconcebível repor a energia/força daquele corpo que perdera tanto sangue com um simples soro. Assim, alimentos "fortes" (no mínimo, um copo de leite) deveriam ser imediatamente ministrados para a reposição das forças. Num ato de coragem ela interpelou o cirurgião que atendeu o filho:

> Ele é muito legal. Ele falou: 'Seu filho está, aí, fora de perigo'. Falei 'graças a Deus. Estou orando por você'. (...) Aí eu falei 'meu filho não fez curativo. – 'Amanhã vai fazer'. Falei 'meu filho não se alimentou até agora. Não deram nem um leite pro menino'. E por quê? Ele disse que não podia. Aí ele falou assim: 'mas amanhã pode'. (E13)

Ainda que essa explicação tenha se restringido a um "pode" e "não pode", o médico constituiu um elo de diálogo com essa mulher. Ela depositava confiança nesse profissional e aguardava ansiosamente seu próximo plantão, porque queria fazer-lhe outras perguntas. Perguntas que não tinha coragem de fazer a outros profissionais, porque "*esse* médico era legal".

A cirurgia foi um procedimento considerado marcante por todos que a ela foram submetidos. Mostravam as cicatrizes, a extensão do corte e, quando sabiam, diziam o tempo de sua duração. Contudo, nem todos conseguiam explicar em que órgão ou osso o procedimento cirúrgico fora realizado. Apontavam geograficamente: "foi aqui". As orientações no momento pós-cirúrgico nem sempre eram recebidas de imediato e nem sempre eram devidamente decodificadas em seus jargões. Os entrevistados mais 'cientes' sabiam reproduzir apenas as interdições preconizadas pelo médico.

Entrevistada: – Eles mandaram voltar daqui a sete dias para tirar o gesso.
Pesquisadora: – Mas lá no ambulatório?
Entrevistada: – É, lá no laboratório. Para ficar também fazendo encaminhamento.
Pesquisadora: – Acompanhamento?
Entrevistada: – É, é isso, acompanhamento. (E17 - paciente)

Pesquisadora: – Te deram alguma orientação?
Entrevistado: – Não, só me dão medicamento. (E11 - paciente)

Contudo, os que mais sentiam o impacto desse modelo médico eram os que permaneciam na emergência por mais tempo, à espera de uma cirurgia. Como os centros cirúrgicos sempre estavam cheios, com demandas mais urgentes, as cirurgias que podiam esperar eram, invariavelmente, adiadas. Às vezes, a pessoa era avisada que seria 'operada', tinha sua alimentação suspensa, permanecia em tensão crescente e, após um dia inteiro de espera, angústia e fome, descobria que a operação não se realizaria. Outros sequer sabiam quando a cirurgia seria marcada, o que significava uma espera longa, contada não apenas em dias, mas em tensão e expectativa. Os pacientes buscavam criar explicações plausíveis para os adiamentos, mas, apesar das tentativas de conter a ansiedade, não abriam mão de uma resposta, uma saída.

O negócio é ficar aqui quieto ou então arrumar um meio de conhecimento aqui dentro (...). Que argumento eu vou ter? Estava vendo aí, um está há vinte dias, outro (...) aqui a gente não sabe de nada. (E29 - paciente)

Só o que falta mais é que ninguém fala quando vai fazer... se vai operar, se vai liberar, entendeu? É isso que falta. (E18 - paciente)

Em compasso de espera, seja para obter alta, transferência ou realizar uma cirurgia, as vidas dessas pessoas ficavam suspensas, tuteladas pela instituição. Uma tutela impessoal, fria e surda aos pedidos e perguntas. A falta de escuta dos profissionais, especialmente os de enfermagem (com quem eles mais têm contato e, portanto, a quem mais solicitam e indagam), foi demarcada em toda a narrativa dos entrevistados. "Finge que não ouve". Esta foi a frase mais enfatizada pelos entrevistados quanto à postura dos profissionais. Não ouviam seus pedidos por notícias do tratamento, por solicitação de cuidados como banho, troca de curativos etc. – "às vezes a gente chama, eles passam direto" (E26 - paciente); "a gente chama, chama, chama... fingem que não ouvem" (E21 - paciente).

Nesse modelo médico, cristalizado de forma emblemática no processo de hospitalização, desconsideram-se, de forma significativa, a individualidade, os valores, as interdições e as referências culturais desses 'pacientes' Como observa Helman (1994:84):

Todos eles são despojados de seus suportes de identidade social e individualidade (...). Perdem o controle sobre o seu próprio corpo e seu espaço, privacidade, comportamentos e dieta pessoais, assim como sobre o uso de seu tempo.

Brown (apud Foster &Anderson, 1978) enfatiza o processo de "despojamento" (*stripping*) a que o paciente é submetido. É desnudado de suas roupas e pertences, assim como de sua habitual capacidade de tomar decisões, até as mais simples, como a hora de tomar banho, de dormir, de comer. A organização hospitalar impõe uma rotina de modo a atender em massa os pacientes.

De fato, percebemos um processo de 'despersonalização' evidente. Essas pessoas tinham as roupas substituídas por camisolas ou pijamas e as peças íntimas lhes eram tiradas. Eram expostas em suas vergonhas e recatos. Nem seu corpo lhes pertencia mais de todo, pois eram dispostos e organizados de forma a facilitar a intervenção dos médicos e da enfermagem. Às vezes o nome era substituído por um vocativo ("meu tio", "minha tia", "vovô", "vovó") que, embora sugerisse parentesco/intimidade, era, na realidade, extremamente impessoal. Muitas vezes o nome nunca seria evocado.

> Olha, eu estou aqui sem tomar café, sem beber água... Vontade de fazer xixi e não tem uma enfermeira. Eu peço e... Eu não posso. Olha, eu estou sem roupa, estou aqui peladinha, sem roupa, tiraram a roupa... (E19 - paciente)

O isolamento também foi sentido por aqueles que ficavam 'internados' na emergência. Apesar de terem direito à visita diária, o encontro era restrito a poucos minutos. Muitos familiares vinham de bairros distantes, arcavam com dificuldade o custo do transporte, 'ajeitavam' horários de trabalho, deixavam filhos com vizinhos ou parentes. Mal chegavam e já era hora de partir. Aqui, novamente reaparece o paradoxo da estrutura de um serviço de emergência que também cumpre atribuições de enfermaria: "a visita daqui é de dez minutos. Todo dia... 9:30, 11:30, 16:30. Passa dez minutos e já estão pedindo para descer. Dez minutos não dá pra nada". Outro usuário, ouvindo a entrevista, resolve participar: "pega o elevador, quando chega aqui... o cara já estava: 'desce'. Visita dessas não adianta" (E29 - paciente).

Outros, pelas mesmas dificuldades (tempo, dinheiro, disponibilidade) e diante do cálculo do benefício de tão poucos minutos para tantos sacrifícios, dispensavam a família de realizar tais visitas.

Trata-se de uma experiência de muitos rostos sem nomes, de desconhecimento sobre seu próprio destino, de desapropriação de seu corpo, de restrição de espaço e mobilidade, de apelos e sentimentos "não ouvidos" e de solidão. Trata-se de uma relação cujas condições de interação são muito desiguais. Se para os profissionais o cotidiano do trabalho faz presenciar incontáveis situações, demandas e apelos, para quem os vivencia é sempre uma experiência singular. Sua dor é única e exige ser reconhecida. É ainda desigual o poder que os profissionais têm diante dos usuários. Poder que pode ser exercido de forma autoritária e impessoal. "Acho que eles têm que ser delicados com os pacientes. O paciente chega aqui caído já, entendeu? Então não é justo você estar enfermo e chegar e fazer ignorância com você" (E4 - paciente).

Como Coyle (1999) argumenta, há um conjunto de percepções, valores e sentimentos que não são levados em consideração quando se fala em "insatisfação dos usuários". Ele propõe, como alternativa, o conceito de "ameaça da identidade pessoal" (*personal identity threat*), que, segundo relatos de usuários, expressaria a interação negativa com profissionais de saúde das seguintes formas: 1) desumanização: não ser tratado como ser humano, mas como objeto da ação médica. A desumanização se concretizaria na quebra de regras interacionais básicas (ouvir o outro, não interromper o seu relato, não gritar, não ser rude), no distanciamento do médico e na atribuição de estereótipos aos pacientes; 2) perda de poder (*desempowerment*): trata-se da frustração de perder o controle e a autonomia sobre o próprio corpo e de não ter informações

sobre o tratamento; 3) desvalorização: refere-se aos sentimentos de desvalorização diante de outros indivíduos da sociedade por ser pobre, idoso, desempregado, aposentado, negro etc.

Naturalmente, há que se relativizar a diferença entre um modelo de atendimento, baseado na racionalidade médica e institucionalizado culturalmente sob tais moldes, e a iniciativa ou postura deste ou daquele profissional. Sem dúvida, há muitos profissionais que buscam romper com tais práticas, revendo-as criticamente. Tratamos aqui de um modelo de atendimento que, por ser hegemônico, orienta e se reproduz nas práticas dos seus agentes.

Percebemos, portanto, que esse modelo de atendimento perpetua, de forma evidente, uma violência simbólica contra aqueles que a ele são submetidos. Como conceituam Bourdieu & Passeron (1978:19):

> *todo poder de violência simbólica, isto é, poder que chega a impor significações e a impô-las como legítimas, dissimulando as relações de força que estão na base de sua força, acrescenta sua própria força, isto é, propriamente simbólica, a essas relações de força.*

Assim, o modelo médico não só ignora as significações que os pacientes constroem sobre sua dor, a hospitalização e as expectativas que tecem sobre o atendimento, como os faz acreditar que estas são inoportunas e equivocadas. Há uma disciplina implícita, um "bem portar-se" que se impõe ao paciente: ele deve "ter paciência", "ser cooperativo" e "ser grato". Contudo, essas relações de poder simbólico que se travam na organização hospitalar não se fundam somente nas relações interindividuais de influência ou domínio. Constituíram-se historicamente, cristalizaram-se, incorporando ao saber médico a tecnologia e um exercício de ordem social – dimensões fundamentais ao capitalismo moderno (Rosen, 1994). Como enfatizam Bourdieu & Paseron (1978), há, simultaneamente, uma autonomia e uma dependência relativas das relações simbólicas diante das relações estruturais.

Finalmente, cabe lembrar que, ao analisar as falas e experiências dessas pessoas entrevistadas, poderíamos, a rigor, estar retratando as situações e as relações vividas por qualquer um que é hospitalizado. A peculiaridade, no caso das vítimas de violências, é que não há preparo algum para esta experiência (e nem se poderia pleitear esse tipo de pré-condição). Uma pessoa que adoece vivencia, como Freidson (1988) argumenta, um itinerário terapêutico, ou seja, constrói socioculturalmente esse adoecer e a busca de sua cura. Nesse itinerário*,* também será reconhecido socialmente como doente:

> *Por este itinerário os indivíduos podem ter experiências com as várias agências de tratamento, ficando, assim, legitimados a assumirem um papel de enfermos, pois cada uma delas tem um caráter de imputabilidade ao atribuir suas próprias noções terapêuticas.* (Alves, 1993:265)

Nesse itinerário*,* o doente é 'amparado' culturalmente e poderá desfrutar dos suportes sociais disponíveis:

> *inicialmente, a questão foi apreendida através da análise das 'redes sociais' nas quais uma pessoa está inserida; em seguida, a atuação foi progressivamente*

> *focalizada com base na noção de 'suporte social', que resulta da integração do indivíduo nas diferentes redes que às vezes lhes fornecem um apoio material mas também cognitivo, normativo, afetivo.* (Herzlich & Adam, 1992:54)

Helman (1994:196) defende que o processo de hospitalização é tão marcante que constantemente é objeto de ação ritual. Como em qualquer ritual, criam-se o espaço e as condições para que o indivíduo se situe diante da maneira como o seu grupo social "celebra, mantém e renova o mundo em que vive, e na maneira como lida com os perigos que ameaçam aquele mundo". Ullman (1991) reafirma o caráter de superação e enfrentamento de problemas que os rituais encarnam. Através do ritual, portanto, reafirmam-se determinados valores considerados essenciais e orientações culturais que conduzirão os indivíduos diante do infortúnio e das situações de transição. A hospitalização é vista por Helman (1994:202) como um exemplo de ritual de transição ('rito de passagem'), ou seja, um ritual que associa as mudanças de posição social (doente/sadio), "relacionando os aspectos psicológicos de um indivíduo com os sociais". Envolve, assim, os processos de afastamento da vida cotidiana (separação), de sujeição a determinados tratamentos e interdições (transição) e, finalmente, a recuperação desse indivíduo, que é reincorporado à vida social (incorporação) sob novo *status*, de sadio.

Sem os benefícios do amparo psicológico e sociocultural do ritual, a vítima de violência (e de acidentes) vai ser classificada e tratada como doente tão logo seja hospitalizada. Será retirada subitamente de sua vida cotidiana e, por inesperada necessidade, terá de se submeter involuntariamente ao modelo médico, à sua lógica e a seus agentes.

5

A Interação entre os Profissionais e as Vítimas de Violência

A violência vem constituindo, nas últimas décadas, uma importante referência para as interações entre os profissionais de emergência e sua clientela. Parafraseando despretensiosamente o jargão teatral de Goffman, entre os que utilizam os serviços de emergência e, em um outro nível, entre os que produzem a assistência, percebe-se a presença constante dos diferentes personagens que sofrem/praticam a violência. Além disso, as inúmeras situações de conflito que podem levar até mesmo à agressão verbal e corporal caracterizam cada vez mais o próprio cenário da emergência. A violência propicia e, ao mesmo tempo, constitui um campo de interações inscrito no cotidiano desses serviços, seja pela freqüência, seja pela continuidade com que se apresenta. Como veremos adiante, a freqüência se expressa nos altos índices dos atendimentos registrados e a continuidade, na permanência desse tipo de demanda, significativa em toda a década de 90. Contudo, mesmo os mecanismos 'objetivos' de quantificação dos atendimentos de violência sofrem interferências subjetivas e interacionais.

Neste capítulo, discutiremos a complexidade das relações mediadas pela violência através das interações em que se alternam os papéis e as experiências, desenhando uma rede intricada entre sofrer e perpetrar formas distintas de violência física ou simbólica. Percebemos que a violência se materializa primeiramente como uma demanda, algo quantificável, uma matéria de trabalho, cujo conteúdo de externalidade se desfaz quando analisamos as relações entre profissionais e clientela. Ao estudar essas interações, percebemos quanto a violência pode ser interpretada como uma prática que reproduz estruturas de dominação e de legitimação, mas também expressa formas de resistência.

Existe nesse campo interacional a busca de um aporte comunicativo – que se refere à necessidade de compreender e se fazer compreendido em seus anseios, medos, angústias e interesses – e dos limites dessas possibilidades, tanto para os profissionais de saúde como para os pacientes. Portanto, há também relações de conflito e violência que advêm da frustração de tais anseios e interesses.

Reconhecemos, na análise das interações entre pacientes e profissionais da emergência, o que Bourdieu (1994) aponta quando diz que as relações com os 'outros' se inserem num contexto social determinado, tendendo a reproduzir a distribuição desigual de poder naquela sociedade ou grupo. Realmente, essas interações marcadas pela violência não podem ser vistas como meramente 'interpessoais', de um indivíduo para outro. Como aponta o autor, a posição social e o capital de poder que cada um possui

antecedem, num certo sentido, a relação propriamente dita entre os indivíduos, demarcando papéis e distâncias sociais. Em outros termos, entendemos que no âmbito da emergência as interações não se restringem aos contatos face a face, só podendo, pois, ser compreendidas à luz de certas relações estruturais que organizam a lógica desses contatos.

A análise das relações entre os agentes da emergência e pacientes revela a imersão de seus protagonistas em lógicas culturais mais amplas, como o imaginário social da violência, morais sociais e preconceitos. Mas também desnuda um conteúdo de resposta social, de inconformismo frente ao que os atores percebem como intolerável. Assim, a ação desses sujeitos, ao mesmo tempo que reproduz, atualiza uma determinada distribuição de poder e ordem moral. Como Giddens (1997) reflete em sua teoria da estruturação, tal ação tanto é orientada pelas regras sociais quanto contribui, simultaneamente, para a reprodução, atualização e transformação dessas regras.

Há ainda uma ordem ético-moral que é reproduzida e recriada nessas interações. Esse é o eixo que consideramos chave na compreensão deste capítulo, tanto por expressar o limite da intolerância e incomunicabilidade que predomina nas relações profissionais-população, como também por ser, dialeticamente, o maior campo de possibilidades para uma prática de respeito ao outro e, portanto, de não-violência. Analisar as interações que se desenham pela violência é cumprir um duplo desafio. O primeiro é lidar com os significados construídos nessa ordem de interações pelos diferentes protagonistas. O segundo é superar um certo niilismo reprodutivista. Após tudo o que observamos no campo, refletimos e reelaboramos teoricamente, resta a indagação: os profissionais e os usuários das emergências estariam fadados a reproduzir, digamos, a reatualizar as estruturas de dominação, mediadas pelas interações de poder, e as estruturas de legitimação de uma certa moral corrente de forma ainda mais perversa?

Dimensionando a Violência como Demanda: o percebido e o verificado

Carneiro (1999) realizou pesquisa em 6.873 domicílios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro e a partir daí estimou que, entre julho de 1995 e junho de 1996, 313 mil pessoas sofreram alguma forma de agressão física. Cabe, então, perguntar quantas dessas pessoas teriam procurado um serviço de saúde em busca de socorro médico.

Pelos depoimentos de nossa pesquisa, ficou patente que a convivência com pessoas que sofreram violências faz parte do dia-a-dia dos profissionais de emergência, o que leva, portanto, à produção de uma elaboração sobre ela, como se verá a seguir.

A maioria dos entrevistados representa a violência primeiramente como demanda de trabalho intensa e crescente. A violência se expressa em suas percepções sobre o próprio trabalho do setor e ganha uma certa ‘objetividade’ cunhada pelas estatísticas, registros, enfim, um caráter científico, encarnado pela leitura epidemiológica.

Esses profissionais amparam a percepção de continuidade e aumento da violência a partir da própria experiência profissional e dos comentários de colegas, citando relatos dos muitos atendimentos feitos em seus plantões. Outros invocam as estatísti-

cas divulgadas pelo setor de epidemiologia do hospital, demonstrando grande interesse pela temática. Alguns chegam a defender que, se fossem triados os casos ambulatoriais realizados na emergência, os atendimentos de violência constituiriam a maioria dos verdadeiros casos de emergência.

> É a grande maioria. (...) Eu digo assim, se você considerar que o hospital atendeu a trezentos pacientes num dia, essa estatística você vai enxugá-la, porque daí, duzentos não têm indicação de vir pra cá. Desses cem, você vai ver, a metade ou mais dos casos de alguma forma são permeados por algum tipo de violência. (H2/7 - médico)

O reconhecimento da importância da violência na demanda do setor é de tal ordem que um médico chegou a opinar que a violência de uma metrópole como o Rio de Janeiro sempre iria aumentar, indefinidamente. Certamente, o imaginário social que se constrói sobre a violência leva a essa conclusão, quando se ignoram suas especificidades históricas e os limites de tolerância que, apesar de tudo, a sociedade demarca. Nessa interpretação do entrevistado, a violência adquire contornos ontológicos, fazendo parte da própria natureza da cidade e, indiretamente, do setor de emergência.

> Olha, esse negócio de dizer que a violência está diminuindo é mentira, isso é uma grande metrópole e, como uma grande cidade, a tendência disso é nunca diminuir. Isso são fases, e em algumas fases diminui, conseqüentemente, *a posteriori*, duplica e triplica... (H2/2 - médico)

As estatísticas de ambos os hospitais ratificam a percepção de seus agentes, como podemos ver nas tabelas 2 e 3. Só nos últimos cinco anos, o Hospital 1 registrou o atendimento de 9.798 vítimas de agressões; no Hospital 2, foram 10.901 (provavelmente foi maior o número dos atendimentos nos hospitais, já que muitos não têm assinalada em seus registros a agressão como causa da lesão). Tomando-se o registro do Hospital 1 (considerado de bom padrão), podemos observar que houve um crescimento, em termos absolutos, desse tipo de atendimento. Contudo, cada tipo de agressão se manifesta de forma peculiar. As infligidas por arma branca, por exemplo, apresentam um comportamento relativamente estável ao longo da década. As que envolvem o uso de força física, como pauladas e pedradas (enfim, recursos usualmente mais 'primitivos'), mantêm-se em elevação. Já os atendimentos decorrentes de agressões por armas de fogo iniciam a década em franco crescimento, retornando, ao final, ao padrão observado no início dos anos 90. Podemos dizer que nesse hospital o período crítico foi o de 1993 a 1997.

Tabela 2 – Distribuição dos casos de agressão segundo o tipo de instrumento utilizado. Hospital 1 – 1990-1999

Tipo de agressão	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
por arma de fogo (PAF)	271	319	375	391	465	542	408	579	331	287
por agressão física/outros instrumentos	993	844	874	1.055	1.058	1.151	1.249	1.543	1.474	1.502
por arma branca	180	113	133	134	139	137	149	191	141	114
TOTAL	1.444	1.276	1.382	1.580	1.662	1.830	1.806	2.313	1.946	1.903
Média diária	3,9	3,5	3,7	4,3	4,5	5,0	4,9	6,3	5,3	5,2

Fonte: Setor de Estatística Médica do Hospital 1.

Tabela 3 – Distribuição dos casos de agressão segundo o tipo de instrumento utilizado. Hospital 2 – 1995-1999

Tipo de agressão	1995	1996	1997	1998	1999
por arma de fogo (PAF)	632	574	515	634	415
por agressão física/outros instrumentos	1.206	1.798	1.398	1.717	1.610
por arma branca	101	107	66	66	62
TOTAL	1.939	2.479	1.979	2.417	2.087
Média diária	5,3	7,5	5,4	6,6	5,7

Obs.: Até 1999, os dados dos boletins de atendimento, referentes ao período de 1990-1994, não haviam sido processados.
Fonte: Setor de Estatística Médica do Hospital 2.

A súbita queda dos atendimentos por armas de fogo no Hospital 1 nos últimos dois anos da década suscita uma indagação importante: o que teria colaborado para tal mudança? A primeira hipótese seria a de maior eficiência das armas, levando à morte imediata da maioria das vítimas. Contudo, o perfil de 'letalidade' das armas empregadas até então não parece ter mudado significativamente entre 1998-1999 (as armas do tipo AR-15 já eram usadas bem antes desse período).

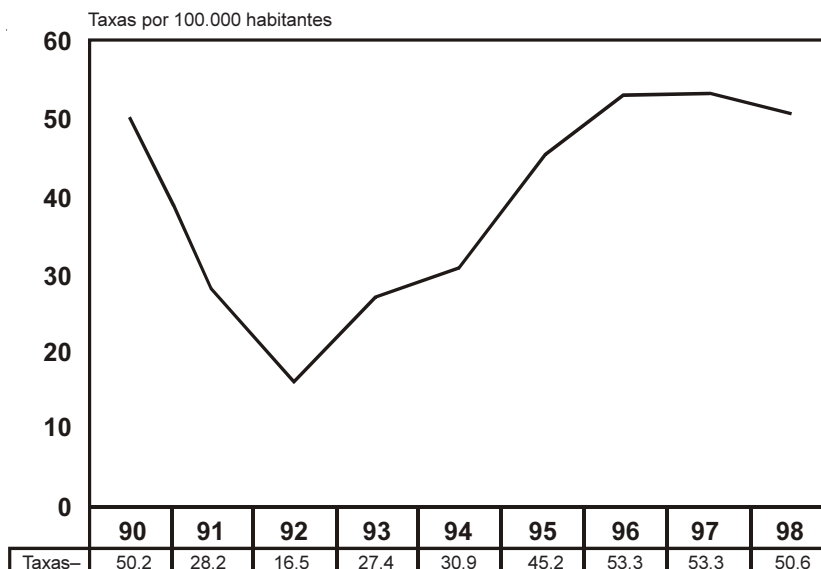
Haveria mudado o perfil da violência carioca? Sabemos que os dados de eventos não-mortais não são evidentes em si mesmos. Demandariam um estudo específico, seja por meio dos registros policiais, seja com uma pesquisa em todos os hospitais

sobre os 'casos policiais'. As informações referentes às internações hospitalares, segundo causa da CID, não distinguem os motivos específicos, o que torna inviável distinguir as violências dos acidentes. Dispomos somente dos dados de mortalidade, com um rigor de registro bastante discutível. Entretanto, tomar os dados de mortalidade para melhor compreender o comportamento da morbidade não é o caminho metodologicamente mais correto. Contudo, se estamos restringindo essa frágil comparação àquelas situações que envolveram o uso de armas de fogo é porque supomos que quem usa uma arma contra outrem tem grandes probabilidades de ter desejado sua morte. Assim, as agressões não-mortais, mas que envolveram armas de fogo, aproximam-se, em natureza, dos homicídios.

Dessa maneira, se tomarmos como parâmetro as estatísticas de mortalidade, percebemos que os homicídios mantêm um comportamento que, em linhas gerais, pode ser classificado como crescente, o que corrobora nossas dúvidas quanto ao decréscimo do atendimento das agressões por armas de fogo no Hospital 1. Há uma década, as mortes envolvendo o uso de armas de fogo apresentam uma tendência crescente, como demonstram Szwarcwald & Castilho (1998). Esses autores, analisando a evolução e a distribuição espacial das mortes por armas de fogo entre 1979 e 1992, no estado do Rio de Janeiro, verificam que houve um crescimento de 10% ao ano. Embora a maioria dessas mortes tenha ocorrido na Região Metropolitana, observam que também houve uma interiorização do fenômeno no estado: em 1979 a taxa de mortes por armas de fogo no interior era de 19,7 por cem mil habitantes, em 1992 essa taxa passou a 55,6 por cem mil.

Desde 1995, os homicídios correspondem à primeira causa das mortes dentre as causas externas ocorridas no município do Rio de Janeiro, superando as mortes por acidentes de trânsito. Nesse ano representaram 38,8% do total das mortes por causas externas, chegando em 1998 ao percentual de 47,2%. Considerando a evolução das taxas de homicídios de 1990 a 1998 temos, a partir de 1993, um comportamento de elevação constante; e, ao final da década, uma certa regularidade em padrões bem altos (Gráfico 1). O ano de 1992 sugere uma queda vertiginosa, não das mortes, mas da qualidade de registro. Soares et al. (1996), analisando os dados da polícia civil, encontram, para o mesmo ano, 7.013 homicídios dolosos praticados no estado. Embora não revelem os dados do município, sabe-se que a capital sempre tem o mais elevado percentual desse total.

A má qualidade dos registros de óbito por homicídios é um tema que Souza (1991) analisa, advertindo que há um elevado número dessas mortes registrado com "causa que se ignora se intencionais ou acidentais". Desse conjunto, existe uma parcela significativa cujo laudo de autópsia revela torturas e perfurações por armas de fogo, indicando que a causa básica foi certamente homicídio. Segundo a autora, esse contingente, uma vez agregado à rubrica de homicídios, elevaria em muito os índices desse tipo de violência. Souza também observa uma relação inversa entre as duas rubricas, pois, geralmente, quando o número de mortes devido a homicídios declina, o das mortes cujas causas são dadas como ignoradas (se acidentais ou intencionais) aumenta, demonstrando que inúmeros homicídios não devidamente registrados são encobertos no momento da notificação. Observamos também que, a partir de 1995, há uma considerável melhoria da qualidade de registro por parte da Secretaria Municipal de Saúde.

Gráfico 1 – Taxas de mortalidade por homicídios. Município do Rio de Janeiro – 1990-1998*

* A partir de 1996 os dados passam a ser classificados pela CID-X, alterando a nomenclatura de "homicídios" para "agressões".
Fonte: Datasus, 2000 (número de homicídios de 1990 a 1997), Rio de Janeiro, 2000 (número de homicídios em 1998) e *Anuário Estatístico da Cidade do Rio de Janeiro* 93/94 – IplanRio (bases populacionais).

Se as agressões com conseqüências fatais não recrudesceram significativamente ao final da década, o que explicaria variação tão intensa num serviço de referência para esse tipo de atendimento? É preciso ponderar que se, por um lado, o quadro de mortalidade por agressões no município é um panorama importante a ser contextualizado, por outro, não reflete, necessariamente, as variações de um nível tão micro como as de determinado serviço de emergência. Precisamos de hipóteses mais particulares. Consideramos que três seriam possíveis para compreender o súbito decréscimo dos atendimentos por perfuração por arma de fogo (PAF) no Hospital 1: 1) o chamado atendimento pré-hospitalar, prestado na absoluta maioria dos casos pelo Corpo de Bombeiros, teria ficado mais precário, levando à morte um número maior de vítimas; 2) os hospitais que (re)abriram as emergências em 1996 teriam 'drenado' inicialmente um número pequeno de atendimentos. Contudo, devido à estrutura ainda insuficiente desses serviços, a demanda teria voltado no ano seguinte ao Hospital 1. Dois anos após a (re)inauguração desses serviços (1998), as condições teriam de fato melhorado, tendo eles assumido, a partir daí, uma parcela dessa demanda; 3) embora não tenha havido mudança em sua estrutura e dinâmica, o registro hospitalar pode ter sofrido flutuações de qualidade.

Diante de uma percepção quase consensual sobre o aumento dos atendimentos por violências, apenas alguns cirurgiões construíram uma visão diferenciada. Segundo

estes, haveria uma distinção entre as 'grandes violências' e aquelas 'miúdas' ou 'pequenas' que residiria na extensão e gravidade das lesões e não no julgamento moral de importância ou relevância quanto ao tipo de violência que as teria provocado. Assim, as 'grandes' violências teriam diminuído (vítimas de agressão por armas de fogo) e as 'pequenas' teriam aumentado muito (agressões físicas e violência doméstica). Contrariando as estatísticas, esses profissionais defenderam que os casos de baleados têm diminuído sob a alegação de que, devido ao aumento da tecnologia das armas de fogo, a maioria das vítimas não chega viva ao hospital. Alguns chegaram a afirmar que, alguns anos atrás, operavam mais vítimas do que atualmente. Como as entrevistas foram realizadas em 1996, essa percepção pode estar influenciada pela variação ocorrida entre 1995-1996 em ambos os hospitais (Tabela 2). Contudo, se consideramos as médias diárias de atendimentos de pessoas baleadas no ano de 1996, teríamos três casos a cada dois dias no Hospital 2 (1,6 por dia) e 1 caso por dia no Hospital 1, o que torna tal tipo de demanda bastante rotineira.

Analisando-se o conjunto de entrevistados que considera que atualmente se realiza um número menor de cirurgias de lesões por armas de fogo, pudemos perceber, curiosamente, que tais referências partiam de cirurgiões vasculares e gerais. Seus colegas, neurocirurgiões, ao contrário, defendiam que hoje realizam mais cirurgias do que antes. Em entrevistas realizadas no mesmo dia e no mesmo plantão, ouviu-se o seguinte:

> Já tivemos mais PAF. A essa hora [13 h] eu já tinha operado duas ou três. Há oito ou dez anos sempre tinha baleado do Jacarezinho [favela próxima]. Agora, com o AR-15, o sujeito nem chega no hospital. (H2/11 - médica)

> Em relação a tiros, você pode colocar aí que tem um aumento de dez mil por cento. Agora mesmo, hoje de manhã, que é um dia atípico, já atendi um baleado. (H2/9 - médico)

Embora frágeis, os dados poderiam indicar uma mudança de perfil das lesões. Será que elas teriam se tornado mais 'intencionalmente homicidas' (direcionadas para a cabeça)? Souza (1991) apóia tal hipótese em estudo que analisa as mortes por causas externas ocorridas em 1987 no município de Duque de Caxias (considerado no início da década, pela ONU, uma das cidades mais violentas do mundo). A autora constata que 46,9% das vítimas de homicídios tinham ferimento na cabeça e 38,7% tinham mais de uma área do corpo como alvo (e destas, 20,3% também visaram a cabeça).

Entretanto, isso não quer dizer que a participação dos cirurgiões seja pequena ou menor do que a dos profissionais da área de neurologia (a despeito do possível aumento da necessidade do atendimento em neurocirurgia). Segundo nossa pesquisa, no Hospital 1, das 41 pessoas baleadas, a principal demanda foi pelo cirurgião geral ou vascular (só ou com outros especialistas), perfazendo 68% dos atendimentos. Das 50 vítimas de agressões com armas de fogo do Hospital 2, 46% demandaram atenção do cirurgião.

Se a percepção da constância dos casos de agressões (especialmente por armas de fogo) é igualmente relevante, nos dois hospitais o reconhecimento dos casos de violência doméstica e de auto-violência (tentativas de suicídios) apresenta variações. Os profissionais ligados ao setor de pediatria do Hospital 2 foram muito mais incisivos quanto à vivência do problema do que seus colegas do Hospital 1. Percebeu-se uma grande

mobilização de toda a equipe entrevistada no Hospital 2 com relação aos casos de violência contra crianças, problema que foi repetidamente citado por enfermeiras e especialistas.

Tal percepção diferenciada de fato encontrou respaldo em nosso estudo quantitativo. Conforme pode ser visto na Tabela 4, o Hospital 1 atendeu um total de 45 casos de violência doméstica e o Hospital 2, o dobro. Entretanto, a diferença do número de atendimentos envolvendo crianças e adolescentes não foi tão diferente entre ambos os serviços. O Hospital 1 atendeu 13 crianças e adolescentes e 32 pessoas maiores de 19 anos. Já o Hospital 2 socorreu 17 crianças e adolescentes e 73 pessoas acima de 19 anos. Algumas explicações possíveis para tal diferenciação de percepções: 1) a maioria dos casos de violência doméstica do Hospital 1 envolvia irmãos mais velhos como agressores, enquanto no Hospital 2 os maus-tratos foram perpetrados por mães/pais, o que pode ter aumentado o sentimento de revolta dos profissionais desse hospital; 2) o grau de severidade dos maus-tratos foi maior nas vítimas atendidas no Hospital 2 (de fato, à época da pesquisa, um bebê faleceu, provavelmente porque a mãe o espancara); 3) por fim, este tipo de atendimento no Hospital 2 pode ser, realmente, mais constante do que em outros hospitais, mas esta é apenas uma hipótese, pois nos faltam elementos para comprová-la.

Tabela 4 – Distribuição dos atendimentos por violência segundo o tipo de violência e instrumento utilizado. Hospital 1* e Hospital 2** – 1996

Tipo de instrumento usado	Agressão		Violência doméstica contra crianças de ambos os sexos (<12 anos)		Violência doméstica contra pessoas do sexo feminino (> 12 anos)		Violência doméstica contra pessoas do sexo masculino (>12 anos)		Tentativa de suicídio		TOTAL	
	H1	H2	H1	H2	H1	H2	H1	H2	H1	H2	H1	H2
Espancamento	95	99	2	4	15	40	2	11	-	-	114	154
Queimadura	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	2
Empurrão seguido de queda	7	2	-	-	1	1	-	-	2	-	10	3
Envenenamento	-	2	-	-	-	-	-	-	1	18	1	20
Arma branca	5	9	-	-	-	2	6	6	-	2	11	19
Arma de fogo	40	50	-	-	1	-	-	-	-	-	41	50
Atropelamento intencional	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1
Abuso sexual	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Outros***	39	32	5	2	8	10	5	6	1	-	58	50
Sem informação	-	7	-	1	-	1	-	3	1	-	1	12
TOTAL	188	201	7	8	25	55	13	27	5	21	238	312

* maio ** junho

*** Agressões desferidas com auxílio de pedras, paus, barras de ferro, cacos de vidro etc.

A presença constante de vítimas de suicídio também se destacou na percepção dos profissionais do Hospital 2 ao relatarem sua convivência com a violência. Assombroso constatar que, em apenas um mês, o serviço atendeu 21 pessoas que tentaram o suicídio, a metade composta de adolescentes.

Outra percepção corrente dos profissionais dos dois hospitais, e coincidente com as estatísticas, é a que se refere a uma variação de distribuição do número de atendimentos em relação aos dias da semana. Assinalam que sextas, sábados e domingos são os dias em que mais se atendem vítimas de violências. Alguns entrevistados chegam a dimensionar como mais abrangente o período de 'pico', afirmando um avanço incontrolável da violência para todos os dias da semana. Novamente as dimensões do imaginário de desordem e descontrole crescentes alicerçam essas representações.

> Cada dia aumenta mais (...). Antigamente era sexta e sábado. Atualmente começa na quarta. Quarta, quinta, sexta, sábado e domingo. Domingo é um pouco mais calmo. Mas quarta, quinta, sexta, sábado é um inferno! É PAF, é facada, acidente de carro 'a balde'. (H1/4 - enfermeira)

Em nossa análise quantitativa aferimos que, das 188 agressões atendidas no Hospital 1 em maio de 1996, 44,6% ocorreram entre sexta e domingo. No Hospital 2, esse percentual elevou-se para 58,2% das 201 agressões de junho do mesmo ano. O número dos socorros prestados às vítimas de violência doméstica também foi maior nesse período: 53% das vítimas do Hospital 1 e 46,6% das do Hospital 2 foram atendidas de sexta a domingo.

Alguns autores atribuem o incremento do número de agressões nos fins de semana ao aumento do consumo de drogas ilícitas e lícitas, especialmente bebidas alcoólicas. A associação entre as drogas e a violência não é nova (Cherpitel, 1993; 1994; Fagan, 1993). Em nossa investigação, 28,9% das vítimas de agressão socorridas no Hospital 1 e 33,5% das atendidas no Hospital 2 declararam que antes da agressão tinha havido consumo de drogas. Contudo, o papel que estas realmente desempenham no desencadeamento de ações violentas não é claro. Em artigo anterior, discutimos (Minayo & Deslandes, 1998) que, embora violência e uso de drogas estejam freqüentemente associados, é extremamente difícil determinar um nexo causal. Primeiro porque não se pode aferir com precisão a reação individual ao consumo de drogas, nem igualar os efeitos das diferentes substâncias consumidas. Tampouco é possível isolar a influência do estigma que os usuários de drogas ilícitas sofrem. Além disso, ainda é difícil desassociar a relação entre consumo, compra e venda de drogas. Isso nos remete ao intricado universo do mercado ilegal, abrangendo todos os conflitos entre compradores, vendedores, órgãos governamentais ou não e agentes da segurança pública (Misse, 1997). Há ainda que ponderar que é no final de semana que as atividades de lazer e sociabilidade mais acontecem, propiciando um certo 'afrouxamento' de regras comportamentais.

Também houve consenso em ambos os serviços em relação ao aumento da complexidade das lesões nos casos de agressões, especialmente quanto aos baleados. Além das vítimas de conhecidas minimetralhadoras, até vítimas de granadas foram atendidas. Assim, os profissionais constatam que muitas pessoas sequer che-

gam ao primeiro atendimento, e aquelas que conseguem fazê-lo irão, certamente, representar um desafio técnico considerável para a equipe.

> O cara dificilmente vai chegar pra você, hoje em dia no hospital, com um tiro. Ele chega com quatro ou cinco. Antigamente, quando o indivíduo usava revólver, era um só tiro. Hoje em dia eles abatem com pistolas de repetição intensa. (H2/9 - médico)

> Com a evolução da tecnologia, essas armas de fogo mais complexas, de grosso calibre e alta energia cinética (...), aqueles que chegam ao hospital chegam num estado bastante grave. (H1/1 - médico)

Finalmente, há que relativizar tanto a percepção dos profissionais em relação à demanda provocada pela violência quanto as estatísticas hospitalares de atendimento às vítimas. Não reconhecemos, nesses casos, uma suposta relação de oposição entre o 'percebido', como sendo o espaço do subjetivismo e de provável erro, e o 'verificado', como sendo o terreno da objetividade, e, numa leitura positivista, da verdade. Trata-se de duas ordens de registro, uma pretensamente objetiva e científica; outra regulada por uma inserção da vivência, seja na organização hospitalar, seja na própria sociedade.

As estatísticas deste ou daquele hospital, *per si*, podem sofrer variações importantes e refletir aspectos que não dizem respeito ao comportamento da violência urbana. Por exemplo, a abertura de hospitais em 1996 (como o Lourenço Jorge, na Barra da Tijuca, e o da Posse, na Baixada Fluminense) redistribui os atendimentos, diminuindo a demanda outrora excessivamente concentrada. A 'vocação' reconhecida como de excelência de um hospital em determinada especialidade (ortopedia, neurocirurgia etc) faz com que um certo perfil de vítimas se concentre neste ou naquele serviço.

As estatísticas hospitalares podem ainda estar refletindo uma variação da distribuição local/regional da violência. Por exemplo, se uma das comunidades vizinhas ao hospital estiver 'em guerra', disputando pontos de venda de drogas, provavelmente esse serviço atenderá um maior número de vítimas naquele período do que outras emergências. Se ocorrer uma 'chacina' ou houver algum conflito que, embora episódico, seja de grandes proporções, novamente esse serviço terá uma variação significativa do número de atendimentos.

Há ainda que ponderar que até mesmo essas estatísticas são construídas (não são 'dadas' naturalmente), constituindo um artefato de tradução da realidade. São produzidas por agentes da organização em um determinado contexto de trabalho e por uma série de interações. Entendemos que a produção do registro se dá em um processo interativo, atravessado pela intersubjetividade, fruto de uma negociação e influenciado pelo sentido que se atribui à violência. Ou seja, ao depender de várias etapas interacionais, a notificação que dá origem às estatísticas passa por atos humanos que permanecem invisíveis nos dados.

Passemos, então, a explicitar melhor tais hipóteses.

A notificação hospitalar das agressões e outras violências é mediada por um conjunto complexo de critérios e se dá num campo onde a prática médica e a prática policial interagem. Como se sabe, todos os hospitais públicos com atendimento de emergência possuem um posto policial, onde, via de regra, ficam lotados um policial

militar e um civil. Esses profissionais registram os casos de violências ali atendidos e abrem um boletim de ocorrência (B.O.) que será remetido à delegacia da jurisdição. São tecnicamente considerados 'casos policiais' os que envolvem acidentes de trânsito e agressões interpessoais.

Quando uma pessoa chega na emergência, logo na recepção será aberto um boletim de atendimento com seus dados pessoais, o que a habilitará a se tornar paciente identificado pelo serviço. Em seguida, o indivíduo irá para a triagem, que o catalogará, conforme sua resposta a duas perguntas: "O que aconteceu com você?" ou "O que você está sentindo?". Então, ele será classificado, por exemplo, como "paciente da cirurgia", "da neuro" ou "da ortopedia", e o boletim passará por cada profissional que o atender. O registro médico geralmente se restringe à descrição do tipo de lesão apresentada ("lesão corto-contusa" etc). Em raras exceções, há uma anotação dando conta de que o "paciente alega ter sido vítima de agressão", mesmo assim sem especificar quem foi o agressor ou em que circunstâncias o fato ocorreu. Caso a vítima declare que sofreu uma "agressão", o profissional julgará primeiro se ele é um "paciente de neuro" ou "de outra especialidade" ou ainda "um caso policial". Nesse caso, o policial de plantão será chamado para proceder à abertura de um B.O. para confirmar a natureza "policial" do caso e fará o registro.

A identificação do caso de violência depende em grande parte, portanto, de o próprio paciente declarar a violência experimentada, seja como vítima ou co-autor. Dessa maneira, o indivíduo precisa tornar público o seu envolvimento com a agressão. Podemos apontar algumas das relações que aí se constituem: 1) aqueles que não declaram para se resguardar de qualquer envolvimento policial; 2) aqueles que não mencionam violência para proteger o próprio agressor (nos casos de violência doméstica, sobretudo); c) aqueles que não declaram a violência sofrida a fim de, mais tarde 'acertar as contas' com o agressor sem interferências, especialmente da polícia; d) aqueles que realmente declaram por se acharem vítimas e por quererem de alguma forma que o agressor seja punido (a compreensão sobre as maneiras de punição é, entretanto, bastante variada).

Cabe ressaltar que o fato de o indivíduo constituir um relato que o situe como vítima de determinada violência não significa que isso será visto pelos profissionais como um caso que deva ser registrado como "policial". Dentre essas situações, podemos apontar como emblemáticas a violência doméstica contra crianças e, especialmente, contra mulheres. Uma série de pressupostos orienta a resistência à notificação. Por exemplo, a noção de que um "problema de família é de ordem íntima", não havendo, portanto, necessidade de a instituição proceder a esse tipo de registro, já que "hoje brigam, amanhã fica tudo bem entre eles". Assim, essas situações podem ser vistas como sem legitimidade para constituir um registro.

Existem também as situações em que os indivíduos não querem ser apontados como envolvidos com a agressão, mas, à revelia deles, serão identificados por critérios técnicos de inquestionável evidência empírica, como é o caso dos baleados. Por mais que neguem, esses indivíduos trazem impressa no corpo a experiência da violência que os levaram àquele serviço. Importante observar que os policiais não fazem 'busca ativa' desses casos para registro. São chamados a fazê-lo por outros atores: bombeiros que

socorreram determinada vítima; por outro policial que levou alguém para o atendimento; pelos vigilantes que prestam serviço ao hospital; e, sobretudo, pelos profissionais da recepção do setor de emergência encarregados de abrir o boletim de atendimento.

Assim, o registro dependerá, primeiramente, da identificação do caso como "policial" por parte de vários profissionais ligados à linha de frente do atendimento, estando, portanto, submetido a diversas relações e interpretações que levam à identificação ou omissão do mesmo. Na verdade, os agentes das duas organizações (hospital e polícia) precisariam trabalhar de forma muito mais articulada para que os dados fossem mais fidedignos.

Exemplos de falhas de registro podem ser retirados de nossa investigação. Das agressões atendidas no mês de junho no Hospital 2, 50 envolveram o uso de PAF (o hospital registrou 35) e 19 o de arma branca (apenas 7 registrados). No Hospital 1, em maio, os dados também não coincidiram. Aferimos 41 casos de agressão com envolvimento de PAF e o hospital registrou 38. As armas brancas foram observadas em 11 casos, sendo somente 2 notificados pelo hospital. Dos 21 suicídios observados pela pesquisa no Hospital 2, o setor não fez nenhum registro de ocorrência. No Hospital 1, registramos 5 casos e o setor de registro da organização 8. Nesse caso pode ter havido sub-registro da nossa equipe ou registro inflacionado por parte do hospital.

As falhas do registro hospitalar se devem, entre várias causas, à falta de adequação técnica e material para a realização da tarefa, ou seja, falta de pessoal, rotinas de registro não adequadas à dinâmica do trabalho, ausência de informatização e pouca valorização da prática de registro. Contudo, tais falhas não podem ser tratadas como mera subnotificação, o que induziria, além da constatação da evidente ineficiência, a uma idéia de neutralidade.

As limitações no registro de 'casos' de violência também se originam de um conjunto de interações entre o paciente e os que têm o papel de torná-lo um 'caso', isto é, entre quem registra e quem é registrado. Há ainda a considerar o espaço da negociação. O registro de um caso de agressão, que necessariamente envolverá boletim de ocorrência e provável investigação policial, poderá ser negociado como mercadoria de determinado valor, seja simbólico ("ficar devendo um favor"), seja monetário ("pagar um preço").

Garfinkel (1974) revela que, em se tratando de registros hospitalares, toda equipe tem um repertório de "registro" e de "não-registro" de acordo com a categoria profissional. Percebemos que a maioria dos casos é identificada pelos profissionais presentes no momento de recepção do paciente. É na entrada, portanto, na fronteira das interrelações entre a instituição hospitalar e as vivências externas, que aquele sujeito será 'catalogado'. As enfermeiras e auxiliares de enfermagem constituem a categoria que tem maior domínio das histórias e razões da chegada dessas pessoas ao serviço de emergência. Esses profissionais também merecem nota por terem forjado, nos anos de prática, uma grande habilidade de reconstituir, através de fragmentos das conversas com os pacientes, o motivo que os levou ao hospital. Exercitam cotidianamente uma interpretação indicial. Contudo, isto não quer dizer que o registro seja realizado após esta identificação.

Garfinkel aponta ainda que o registro pode ser considerado também pelo profissional como ameaçador. Envolvimento com a polícia, depoimentos, risco de ser ameaçado pelo paciente ou por sua família são mais que meros fantasmas. Em nosso estudo, quase todos os profissionais entrevistados tinham um caso a contar de colega que sofrera algum tipo de constrangimento por ter sido reconhecido como o autor da identificação.

Interpretamos que a identificação passa por um acordo intersubjetivo entre profissionais e pacientes, seja pela constituição por parte da própria vítima de um relato de violência, quando a mesma declara a situação, seja pela evidência empírica inquestionável, como estar baleado, o que também não deixa de ser um relato involuntário da experiência sofrida. Assim, não é este ou aquele profissional que identifica, por vontade própria, mas a ação dos agentes da organização num determinado processo interativo e comunicacional. Conseqüentemente, quando este 'relato' não é estabelecido, é porque não houve um mínimo de acordo entre os atores envolvidos. Mas, se mesmo assim o profissional realiza a identificação, baseada em critérios técnicos, há uma ruptura de pressupostos daquela relação. O registro pode ser interpretado pelo paciente como uma perseguição pessoal. Um exemplo disso é a situação de violência doméstica contra crianças, quando o responsável não quer que se faça o registro e nega os maus-tratos. Essa diversidade de práticas indica que não há uma rotina institucional que divida as responsabilidades do registro e que proteja o profissional.

Apesar de todas as restrições sobre a fidedignidade do registro hospitalar, nossa pesquisa tampouco pode garantir uma clareza especular à realidade. Trabalhamos com as causas declaradas pelos próprios pacientes ou seus socorristas, o que representa uma possibilidade ampla de mascarar como acidentais muitas agressões. Entretanto, a 'percepção' da demanda diz respeito à imagem que o profissional faz da importância desses casos no conjunto dos atendimentos, sendo influenciada tanto por aspectos objetivos quanto subjetivos: 1) inserção num determinado plantão – os de fins de semana, por exemplo, provavelmente dimensionarão a maior gravidade da demanda que os profissionais de plantões dos outros dias de semana, considerados mais calmos; 2) membros de uma determinada especialidade médica podem ter uma percepção mais aguçada, como no caso dos neurocirugiões e pediatras; 3) o próprio imaginário corrente da violência, construído socialmente pela mídia e outras instituições, contribui para conformar as representações.

'Esquenta Plantão': conflitos e violência entre pacientes, familiares e profissionais

> É aquele clima que às vezes tumultua na emergência, né? É o 'esquenta plantão'.
> De vez em quando tem. (H1/6 - médico)

A violência contra profissionais dos serviços de emergência é tratada na literatura científica de países como Estados Unidos, Inglaterra e Canadá. Outrora, esses relatos eram restritos às interações de profissionais e pacientes psiquiátricos. Atual-

mente, tornou-se uma realidade bastante comum ao setor de emergência, envolvendo pessoas sem nenhum comprometimento mental. Em editorial do periódico americano *Critical Care Nursery*, Alspach (1993) discute os casos constantes de agressão de pacientes às enfermeiras. Saines (1999), citando documento do Health Advisory Committee (HSAC), afirma que, na Inglaterra, a profissão de enfermagem é uma das mais perigosas, pois está mais sujeita a violências. O autor define a violência que ameaça o profissional como qualquer incidente que o coloque em risco, o que inclui ofensas verbais, comportamento ameaçador ou agressão por parte do paciente ou do público.

Anglin, Kyriacou & Hutson (1994) realizaram um estudo com 461 residentes de medicina de 13 programas de residência na Califórnia. Revelam que 62% desses residentes têm medo de trabalhar na emergência por acharem que a segurança pessoal não está garantida nesse setor. Pesquisa canadense (Graydon, Kasta & Khan, 1994) feita com 603 enfermeiras revela que 33% delas (199) referiram ter sofrido algum tipo de agressão no trabalho nos últimos cinco dias. A maioria declarou ter sofrido agressões verbais. Dimond (1994) relaciona as principais situações desencadeadoras de violências nas emergências inglesas: pessoas que chegam alcoolizadas, depois de uma partida de futebol; marido que acompanha a mulher, vítima de suas agressões, e adota comportamento ameaçador para impedir o registro; 'vagabundos' que, desnorteados e apavorados, resistem aos cuidados. Tais motivações provavelmente não esgotam o campo dos motivos possíveis, mas certamente são insuficientes para compreender as situações observadas no dia-a-dia das emergências que pesquisamos.

Todos os profissionais tinham uma experiência recente, sua ou de um colega, de conflitos, ameaças e até agressões físicas envolvendo profissionais, pacientes e familiares. Muitos profissionais afirmaram que se sentiam temerosos de serem vítimas de uma 'emboscada' nos horários de entrada e saída do serviço. Há que se ressalvar que a noção de conflito implica um embate, mas pressupõe a possibilidade de diálogo ou de se fazer ouvir opiniões e posturas discordantes. A violência significa de certa maneira, a ruptura dessa comunicação (ainda que possamos compreendê-la como uma forma de 'mensagem'), trazendo consigo a idéia de subjugação pela força ou poder e a objetificação desse interlocutor. Assim, tais conflitos podem 'evoluir' parar ofensas verbais até agressões físicas e ameaças de morte. Segundo a ótica dos profissionais, essas situações costumam ser ocasionadas por diversos motivos, entre eles quatro se destacaram nos depoimentos:

1) Paciente espera muitas horas pelo atendimento – muitos pacientes, quando chegam ao hospital, já percorreram inutilmente vários outros. Quando finalmente encontram um que disponha de condições de prestar-lhes atendimento, já estão cansados, aflitos e estressados. Muitos vêm do ambulatório do próprio hospital, quando este encerra a distribuição de senhas. Contudo, uma nova espera se iniciará. Por horas aguardarão o profissional que nem sempre está disponível.

> Então nesse refluxo [do ambulatório para a emergência] é que se dá o embate. Porque a pessoa não é atendida e quer ser atendida. Mas o profissional diz que não é ali. E a pessoa que está com dor não quer saber se é de emergência ou de ambulatório, quer que resolva. (H1/8 - médico)

> Conversando com uma idosa, cujo esposo não foi atendido por não ser considerado um atendimento de emergência, ela me diz o seguinte: 'Eu falei pro médico: por que vocês já não deixam assinado um monte de registro de óbito para dar às pessoas? O pobre coitado que vem aqui não está de brincadeira, ele precisa do atendimento, trabalhou a vida toda, tem esse direito'. (diário de campo)

Esse é o motivo principal para ações de violência que envolvem profissionais e pacientes. Um dos profissionais, de forma muito perspicaz, percebe que ambos os interlocutores desse 'embate' (profissionais e paciente/familiares) são vítimas de um mesmo processo. O verdadeiro motivo que os leva ao confronto provém da mesma lógica organizacional do sistema, que não oferece condições de trabalho para o profissional nem garante os serviços que são de direito de qualquer cidadão:

> Às vezes, se sente usado, né? Usado, assim, pelo próprio sistema. Quer dizer, você acaba, às vezes, recebendo uma descarga que... O cara já passou por vários hospitais, já chega revoltado e tal... às vezes não pode ser atendido na hora como deveria e o cara fica... Quer quebrar tudo, entendeu? (H1/6 - médico)

2) O familiar quer que seu parente seja atendido prontamente por ser 'especial' – em uma lógica corporativista, funcionários do próprio hospital e policiais (civis e militares), cujos parentes necessitam de cuidados médicos de emergência, exigem atendimento imediato e de preferência antes dos demais pacientes. Não raro, ouvimos relatos sobre pessoas consideradas importantes na hierarquia do mercado ilegal de drogas das comunidades vizinhas, ou até de seus parentes, que também exigem atendimento especial. Geralmente esses 'pacientes especiais' se apresentam mostrando carteiras ou identificações verbais segredadas. Quando não são satisfeitos em suas reivindicações, sentem-se profundamente feridos em seu prestígio social e injustiçados, provocando situações de conflito.

> Há pouco tempo teve um acompanhante que se dizia policial (...). Ele queria que a pessoa que ele estava acompanhando fosse atendida de imediato. Aí o pessoal falou pra ele esperar só um pouquinho que estava acabando de ver outro paciente. Ele puxou o revólver pro acadêmico e disse: 'vai fazer isso agora'... que ia atirar nele e tal, foi uma confusão danada. (H2/6 - enfermeira)

> Num domingo à noite, a colega da pediatria fazendo atendimento, ele queria porque queria... tinha uma fila de seis crianças pra serem atendidas e ele com o filho no colo. Começou a berrar com ela, com o dedo apontado em riste, a dois palmos do rosto dela, dizendo que ela teria que atendê-lo porque ele era funcionário. Aí eu puxei ele pro canto, falei com ele delicadamente, primeiramente. Expliquei, pô, meu amigo, você sabe como é o esquema aqui do hospital. Sabe que a gente está sempre cheio de pacientes. Por você ser funcionário você tem que entender mais que os outros. Ela vai atendê-lo, fica aqui com seu filho aqui na fila. Aí o indivíduo começou a vociferar e apontou o dedo em riste para mim, dizendo que eu não tinha nada que me meter em porra nenhuma... Só que nessa hora eu comecei a ficar chateado com o nível da conversa e dei um tapa na mão dele, e ele 'é porque eu vou...'. – 'Então você vai largar o seu filho agora e nós vamos brigar lá fora, vamos nós dois lá pra fora'. – 'Que eu vou te matar', não sei que mais... – 'Você vai me matar, perfeitamente, toda a equipe da segurança está ouvindo, olha, vocês são testemunhas. Vou registrar o fato na delegacia'. (H2/9 - médico)

3) Paciente acha que o atendimento foi feito com descaso – após tantas dificuldades e tanto tempo perdido para obter atendimento, o paciente acaba criando uma expectativa que o recompense minimamente. Tal satisfação passa não só pelo sucesso do cuidado médico, que significa a cura e a salvação da morte, mas também pela esperança de que o profissional cumpra alguns ritos, reconhecidos simbolicamente como boa atuação médica: realizar um exame clínico um pouco mais demorado, conversar, tratar a pessoa com educação, às vezes receitar um antibiótico e, sobretudo, ver solicitados exames, por exemplo, de Raios-X ou eletroencefalograma. Se nada disso foi feito, muitas vezes o paciente e seus familiares acham que aquele atendimento de nada valeu. Para o profissional, essa exigência é fruto da ignorância diante dos procedimentos médicos. Na realidade, se observarmos mais atentamente, o tipo de atendimento prestado nem sempre corresponde ao significado a ele atribuído, isto é, não é compatível com o modelo de atuação médica presente no imaginário popular. Sem exame físico, sem remédios 'fortes', sem explicações convincentes e sem exames com aparelhos o que então corporificaria a atuação médica? O que recompensaria e legitimaria a dor sentida e tantas horas perdidas? Na verdade, a sofisticação das tecnologias médicas que passou a substituir a delicadeza e acuidade do olhar clínico, até como resposta a um mercado altamente rentável de produção de equipamentos, é em grande parte responsável pelas expectativas dos cidadãos comuns. É a busca de um retorno, ainda que fragmentado, da própria ideologia médica hegemônica.

> O cara chega aqui, eu olho e vejo que não é nada. Não tiro nem Raio-X. Aí o sujeito fica zangado porque ele quer é Raio-X e gesso. Se você examina, tira Raio-X e engessa, você é o melhor médico do mundo. (H2/10 - médico)

> Então a população, ela chega pra você, no ambulatório, por exemplo: 'doutor, eu estou muito nervoso, estou com dor de cabeça. Eu tenho que fazer um elétrico'. E na cabeça da população, se você não pede esse 'elétrico', você pode examinar tudo, se você disser que ele não tem nada: 'Como o senhor está dizendo que eu não tenho nada se o sr. nem me examinou?' (H1/11 - médico)

4) Familiar em situação de estresse pela iminência de morte de parente ameaça a equipe – abalados diante da possibilidade de morte de um parente, alguns familiares chegam a tentar garantir a sobrevivência com ameaças aos profissionais. Crêem que a morte do familiar será evitável se os médicos realmente se 'esforçarem'. Seja por acreditarem que assim o profissional se empenhará mais no cuidado com o doente, seja por simples desespero, esse familiar vai ser protagonista de atitudes violentas contra os membros da equipe.

> As ameaças maiores são do tipo 'eu vou te dar um tiro', 'eu vou te pegar lá fora se o fulano morrer'. Eu já fui inúmeras vezes à delegacia responder a inquérito. Porque as famílias vão, abrem. (H2/7 - médico)

> O cara aparentemente normal, com uma bolsa e tal, ele chegou lá dentro e 'já que é pra deixar meu pai morrer'... Não sei qual foi o caso, o que estava rolando, se não foi visto... 'Já que ele está aí pra morrer, então eu vou matar'. E tirou o maior revólver e o pessoal saiu correndo, inclusive os guardinhas [seguranças]. (H1/2 - enfermeira)

Existem profissionais que acreditam que esse tipo de confronto acontece menos quando o hospital desfruta da credibilidade da população. Alguns que trabalham na Zona Oeste e em outros hospitais da rede estadual afirmaram que ali o número e intensidade dos conflitos e a possibilidade de atos violentos seriam maiores porque os hospitais ofereceriam condições piores de serviços. Assim, o próprio poder médico é fragilizado e questionado (violentamente) pela população.

> O que a família não suporta é descaso. É ver que o doutor não está dando... Mas se ela sente que o doutor está empenhado e... Então nesse hospital a família não... Entende que se acontecer um êxito letal, se morrer, é porque ia morrer mesmo. Mas eu já fui acadêmico no Getúlio Vargas e é bem diferente. É do tipo 'se papai morrer, tu morre também'. (H1/8 - médico)

Embora essas motivações tenham sido as mais citadas, muitos profissionais da emergência percebem que a violência contra eles é apenas outra faceta de um processo mais abrangente da violência urbana. E que a emergência, pelas próprias características, potencializa o estresse e a agressividade presentes em toda a sociedade.

> O pessoal aqui está no limite. Acho que todo mundo aqui está num limite. Isso aqui é muito estourado em relação a tudo. Eu acho que com certeza isso é fruto do dia-a-dia. Acho que você vai sair na rua, se você está com o carro, você pode levar uma fechada, tem que andar rápido... Você pega o ônibus, medo de ser assaltado... Quer dizer, na minha opinião, tudo isso influencia. (H1/3 - enfermeiro)

Outros profissionais acreditam ser vítimas de uma 'violência gratuita'. Não percebem que são alvo da ira da população porque, naquele momento de crise, representam e materializam um Estado e um serviço público que não funcionam de forma adequada e esperada.

> Há situações que você... a mãe está nervosa, o cara está nervoso, sofreu um acidente... Você até entende. Respira fundo... Você sabe que é um bom motivo pra fazer isso. Agora, tem outros que não. Não justifica. É violência gratuita mesmo... E você tenta falar com o cidadão, o cara fala: 'ah, porque eu pago o seu salário, porque não sei o quê' e quer te agredir mesmo, como já aconteceu várias vezes. (H1/4 - enfermeira)

Como bem enfatizou um entrevistado, que trabalha há vinte anos na emergência, "quando o indivíduo puxa a arma, ele está puxando a arma contra o sistema, o médico é só o pivô" (H2/12 - médico).

Diante de tantas situações, os profissionais desenvolvem condutas próprias para evitar confrontos com o paciente/familiar. Alguns afirmam que "sabem se defender", pois lançam mão de cursos de defesa pessoal e artes marciais. Outros, frente às ameaças sofridas, mudam horários de plantão para não serem "encontrados". Outros ainda relataram que foram obrigados a mudar de hospital, deixando para trás toda uma história de envolvimento e investimento com o serviço, e mostraram-se ressentidos com a falta de apoio e proteção por parte da instituição.

> Meu marido era médico, era da PM. Então, na primeira invasão, falaram com ele que sabiam que eu era mulher dele e tal e iam voltar... – 'E como foi pra você sair?

> Afinal de contas, você fez um concurso'. – Foi ótimo. Adorei sair. Nunca mais quero pisar lá. Eu ficava pela equipe. A equipe era muito unida, muito legal, a gente trabalhava muito lá. (...) Mas as condições de trabalho são horríveis, o hospital é horrível, a direção é horrível, ninguém dá apoio. (H1/10 - médica)

A iminência de confronto violento com a população também foi responsável pela mudança e por reivindicações de alterações na própria geografia das emergências. No Hospital 2, os profissionais reclamam de a emergência possuir muitas portas de entrada. Gostariam de sair do andar térreo, sentem receio de estarem tão expostos. No Hospital 1, chegaram a construir uma redoma de vidro para proteger os funcionários da recepção, que levavam cusparadas quando informavam que não havia mais números para o atendimento. Na própria entrada de qualquer hospital público, hoje, percebe-se a presença de seguranças e não mais, como anos atrás, de serventes ou porteiros do próprio hospital. Como interpreta um dos entrevistados, "tem que ser alguém que possa segurar a raiva das pessoas que vão ter que esperar" (H1/12 - médico).

Estudos de Dimond (1994) e Rankins & Hendey (1999) revelam que, tanto nos EUA como na Inglaterra, as emergências contrataram serviços de segurança. Ambos os estudos fazem referência ao uso de circuitos internos de TV que monitoram os ambientes e alertam a segurança sobre possíveis incidentes entre profissionais e clientela. Rankins & Hendey (1999) analisaram os efeitos do sistema de segurança montado nas emergências americanas, que consiste em detectores de metais e câmeras nas entradas, acesso limitado e controle por profissionais de segurança. Os autores calculam que, antes da implementação desse sistema, a taxa de armas confiscadas de pacientes era de quarenta por dez mil pacientes; depois, caiu para 17 armas. No entanto, se a taxa de porte de armas caiu, a de agressão aos profissionais não sofreu alteração. Esse fato nos leva a pensar no tipo de relacionamento que se trava entre clientela e profissionais, cujo teor de agressividade não se mede nem com o mais sensível detector de metais.

Certamente, como revelam os estudos mencionados, o problema não se restringe à realidade brasileira. O setor de emergência constitui um espaço propício a conflitos e até atos de agressão. Poderíamos aventurar algumas hipóteses, tais como: 1) a emergência, pela iminência da morte, é um ambiente carregado de tensão e sofrimento, que, juntos, produzem uma alquimia perigosa; 2) a emergência, pelas características já descritas, apenas potencializa o nível de violência circulante naquela sociedade; 3) a emergência tornou-se a entrada lateral dos sistemas de saúde que já não garantem o acesso universal à assistência. Por esse atalho tentam entrar todos os que necessitam da atenção médica, sobrecarregando a disputa acirrada por recursos escassos. Acreditamos que os parâmetros dos conflitos e agressões nas emergências cariocas ainda agregam o fator fundamental de exclusão social de uma boa parte da população usuária. Assim, a emergência manifesta o desespero daqueles que não contam com os consultórios confortáveis, com a consulta em hora marcada, com a escolha do médico de sua confiança. Também evidencia a aflição dos que peregrinam por muitos serviços, quase implorando um atendimento, sendo desrespeitados como cidadãos a cada negativa que recebem.

Freqüentemente colocados em oposição, população e profissionais amargam outras formas de violência. Pelo lado dos usuários, a violência suprema de não encontrar amparo à sua dor, à necessidade primeira de atendimento, além da violência simbó-

lica de receber um tratamento que não corresponde minimamente às suas expectativas pessoais e culturais. Pelo lado dos profissionais, estes se tornam, com seus corpos e subjetividade, alvo da ira daqueles que ousam protagonizar uma resposta imediata a tanta indiferença. Vítimas reincidentes da violência, cada um a seu termo é perpetrador de mais violência. Entretanto, não pensemos que podemos equivaler o peso da violência praticada por cada um desses protagonistas. Dispensável dizer que os profissionais acabam por incorporar, de forma inconsciente ou contrariamente ao que desejariam, o mesmo arcabouço de poder, invisível e indiferente, que a organização hospitalar e a estrutura organizacional do sistema de saúde lhes conferem. Um poder precário e frágil, mas ao mesmo tempo despótico.

Dilemas e Questões Ético-Morais: do medo à reprodução de preconceitos sociais

O Atendimento aos 'Custodiados' ou a Violência Anunciada

Nosso desejo inicial foi retratar os comportamentos e atitudes dos profissionais diante das diferentes situações de interação com distintos personagens da violência urbana. Contudo, a narrativa desses profissionais se concentrou num campo de discussão ética, enfocando prioritariamente o atendimento emergencial aos pacientes supostos ou identificados como criminosos. Essa discussão foi tão enfática e abordou questões tão importantes e peculiares que mereceu uma seção própria.

Na dinâmica da emergência, muitos são os personagens que encarnam as múltiplas possibilidades da violência: a criança vitimizada pelos pais; a mulher espancada pelo marido ou companheiro; o homem que numa calorosa discussão levou uma facada da mulher; o assaltado que reagiu; o assaltado que não reagiu e mesmo assim foi agredido; o assaltante; o bandido capturado por policiais; o policial alvejado pelo bandido; o 'brigão'; aquele que sofreu algum 'ajuste de contas' de parceiros de ações ilegais, entre outros atores forjados no processo de violência urbana ou vítimas dela.

Porém, a interação dos profissionais com esses sujeitos será diferenciada. Distintas serão as estratégias de comportamento, sentimentos e reações. Entretanto, a atribuição do papel desempenhado por essa pessoa na situação de violência, como vítima ou agressor, não é tão clara ou imediata. Exceto aqueles que chegam custodiados por um policial e, portanto, já classificados como bandidos, todos reivindicarão o papel de vítima. As vítimas de armas de fogo serão aquelas que mais levantam suspeitas dos profissionais. Há, por princípio, uma atribuição implícita de culpa. Entretanto, no momento das declarações, todos os sujeitos baleados se auto-identificarão como vítimas, seja de balas perdidas, de assaltos ou de acidentes no lidar com um revólver. Estão em jogo uma classificação moral, a 'boa vontade' dos profissionais durante o atendimento e a tentativa de despistar uma provável ocorrência policial.

> Eles falam que foram assaltados, então você nunca sabe, entendeu? Às vezes ele está dizendo que foi assaltado mas ele é o próprio marginal (...). O baleado pra gente é sempre assim, a gente fica com o pé atrás. (H2/6 - enfermeira)

Embora se digam acostumados à presença constante dos diferentes atores da violência que se processa na cidade, os profissionais enunciam um grande temor pelos custodiados. Na realidade, o que hoje chamam de custodiados são indivíduos alvejados ou que sofreram algum tipo de lesão no confronto com policiais ou com outros membros de grupos criminosos, sendo, então, presos. Permanecem escoltados por um policial durante o atendimento na emergência e geralmente ficam algemados na maca ou no leito. A maioria acabou de ser capturada pela polícia, não cumprindo ainda, necessariamente, pena em presídios.

A maior preocupação dos profissionais não é propriamente com a presença do indivíduo que precisa do atendimento, mas com as conseqüências de sua estadia. Temem que algum grupo possa tentar resgatá-lo no hospital, o que por vezes tem ocorrido; ou, numa hipótese inversa, que alguém o procure para 'terminar o serviço', ou seja, matá-lo. Receiam, enfim, estar no meio de um tiroteio que ameace a eles e aos outros pacientes. A presença de um custodiado é sempre uma violência anunciada, possível, temida e esperada. Tais temores ganham ressonância no clima generalizado de insegurança provocado pela violência, contudo, não são fruto da imaginação dos profissionais. Ao contrário, têm respaldo em situações anteriores, naquele ou em qualquer outro hospital da rede pública em que tenham trabalhado.

> Olha, nós já tivemos um probleminha à noite... na UPT teve esse problema, às vezes entra marginal e tudo, a gente fica com medo... Nesse dia até... corre boato que eles vão vir aqui pra recolher ou então terminar o serviço. (H2/8 - enfermeira)

> Porque vem o bandido e geralmente alguém liga pra dizer que vem buscar o cara, ou vem acabar de queimar, queimar o arquivo... e você... Porque o cara não vai mirar só nele, não é? Ele vai queimar quem está pela frente. Então você fica muito... então é um trabalho muito estressante. (H1/4 - enfermeira)

> Já foi muito mais grave, a gente já vivenciou isso de maneira muito mais grave. Antigamente havia uma custódia (enfermaria de custódia) aqui no hospital e o doente ficava numa verdadeira cadeia aqui em cima. Isso motivou umas tentativas de resgate de preso (...) situações bastante estressantes, até que o Desipe... a gente começou a colocar isso, eles mudaram... o doente que é apenado a gente hoje consegue que ele vá para o hospital do Desipe. (H2/3 - médico)

Os profissionais enfatizam que o atendimento em si ao custodiado não é um problema. Contudo, muitos preferem realizar os procedimentos de enfermagem na frente do policial, temendo algum tipo de responsabilização caso o indivíduo fuja. A presença desse tipo especial de paciente também gera constrangimento e medo nos doentes mais próximos.

Assim, embora afirmem estarem acostumados a conviver com pacientes algemados, policiais com armas em punho, como minimetralhadoras, pontuam que gostariam que tais indivíduos fossem atendidos em outro lugar, numa rede hospitalar própria e sob responsabilidade policial.

> Eu acho até que o governo deveria ter um hospital específico pra isso. Para receber pessoas que são... que são marginais né? (...) Que vêm pra cá algemadas. Isso é tão ruim pra outra pessoa, pro outro paciente que está ao lado, como pra ele também, coitado, que já está sofrendo (...). Então se põe ele do lado de uma pessoa que não tem nada a ver, aquela pessoa fica ressabiada, fica com medo também. E pode haver um confronto. Como aconteceu naqueles hospitais lá em cima. Um camarada entrou lá e matou... (H1/7 - aux. enfermagem)

O desejo de banir do cotidiano da emergência esse tipo de atendimento não é exclusivo dos profissionais dos serviços estudados. A análise de consultas feitas ao Cremerj revela que o problema gera polêmica. O caso tratado no Parecer 20/94 (Cremerj, 1997) é exemplar. Uma consulente, médica de uma unidade básica, pergunta se constitui omissão de socorro negar-se a atender um paciente algemado e escoltado por policial. Ela se queixava da falta de segurança para tratar alguém sob a mira das armas, alegando que o fato causava pânico no serviço, especialmente pela possibilidade de resgate do detento. Segundo ela, a assistência deveria ser efetuada na própria delegacia, como antigamente. O resultado do parecer defende que o atendimento num serviço de saúde é muito mais adequado do que na delegacia e que as algemas e a presença policial são elementos de segurança para os próprios profissionais de saúde. Sugere que, durante o exame, caberá ao médico definir se é necessária ou não a permanência do policial dentro da sala. Caso não seja, o agente deverá ficar junto à porta.

O documento reflete as ambigüidades da situação, pois ora invoca o direito do paciente-detento ao atendimento médico, ora o direito dos outros pacientes e profissionais de não serem ameaçados pela violência que se anuncia com a presença da escolta policial. Embora se defenda no documento que não é permitido negar o atendimento, tido como omissão de socorro, nele não se considera que a consulente (que não se sabe se atendeu o detento) tenha incorrido em delito ético. A sugestão apresentada é que o cuidado seja realizado numa sala separada, promovendo-se um rodízio dos profissionais na atenção ao paciente. Em outros termos, que se crie uma estrutura de atendimento paralela. Mas haveria nos hospitais meios para isso?

Questiona-se em outra consulta (Parecer 43/96) a obrigatoriedade do atendimento em estabelecimento privado de saúde de pacientes encaminhados pela Justiça ou por delegados de polícia (Cremerj, 1997). A resposta é dada na letra da lei: “o assunto encontra-se plenamente disciplinado no Código Penal e no Código de Processo Penal”. Os códigos citados, ambos da década de 40, autorizam o juiz ou delegado a mandar internar em hospital de custódia ou, na falta deste, em outro serviço de saúde.

O custodiado traz consigo o peso e a ameaça das organizações policial e criminosa. Em outros termos, ele não está só. Representa as alianças, pois pode ser resgatado por parceiros como também está à mercê de seus desafetos e oponentes que podem ir ali para eliminá-lo. Quanto mais conhecido no ‘mundo do crime’ for o paciente custodiado, mais desordem e medo causará sua presença. Nessas situações, uma vez que é obrigatório o socorro, os profissionais desenvolvem informalmente a estratégia de agilizar, tanto quanto possível, seu atendimento. Sua cirurgia ou internação será realizada o mais breve possível, a fim de possibilitar a saída do setor de emergência também o mais rápido possível.

Contudo, ainda assim, alguns profissionais não perdem a capacidade de se colocar no lugar desse outro, de perceberem, perplexos, a amplitude e a fragilidade de todos diante da violência.

> Há 15 dias, nós recebemos aqui, acho que, dois baleados e, em dado momento, um chegou pra mim e falou assim: 'o PM disse que eu vou morrer'. Eu respondi: 'vai morrer nada, rapaz, tenha fé em Deus, você vai ficar bom'. Esse paciente faleceu. E quando chegou a família, tanto chorava a mãe quanto a irmã. Quer dizer, você vê que... Será que se ele soubesse que teria um final daquela maneira seria marginal? Então isso choca muito a gente, sabe? (H1/7 - aux. enfermagem)

Ao contrário do se possa imaginar, a convivência com as vítimas de agressões, embora freqüente, diríamos até diária, não gera necessariamente uma atitude mecânica de banalização da violência. Algumas situações são tão marcantes para a biografia do profissional, seja pelo desafio técnico diante da gravidade das lesões, seja pela comoção que causam, que desencadeiam um forte apelo de solidariedade.

> Eu posso ficar aqui horas conversando contigo sobre dados pessoais, motivações, que às vezes seriam impensáveis no melhor romance, qualquer seriado de TV perde de longe (...). Um dos primeiros, acho que foi o caso mais formidável que eu tive. Eu tive uma experiência muito grande, em termos pessoais. Dois irmãos brincando com uma arma, um disparou na cabeça do outro. O que levou o tiro tinha oito anos de idade. A bala entrou entre os olhos e saiu aqui, na região posterior. (...) Foi uma cirurgia dificílima, levei nove horas pra operar esse paciente. (...) Ele perdeu dois ou três grupos arteriais enormes que estavam fechados por coágulos. Fui obrigado a romper um sangramento quase incontrolável, quase eu o perdi duas ou três vezes na cirurgia (...). Quando terminei, fui falar com a mãe, era um domingo, quase cinco horas da manhã, chovia muito. Eu falei: 'olha, mãe, a cirurgia cumpriu o seu papel, agora o caminho é mais longo e eu não sei o que a gente pode esperar em termos de recuperação e de seqüelas'. (...) Era uma pessoa simples, ela falou: 'doutor, eu quero o meu filho de qualquer jeito'. Eu falei: 'então vamos esperar que a gente vai chegar lá'. O resultado de tudo é que sete meses depois o garoto teve alta e hoje freqüenta a escola normalmente, já está numa fase de reabilitação avançada. O pai dele parece que tinha uma atividade de contravenção, queria oferecer um churrasco pra todo mundo. (H2/7 - médico)

Poderíamos sintetizar a postura forjada pelo profissional no cotidiano das práticas de emergência em dois desafios. O primeiro é ficar insensível diante da recorrência de tantas situações semelhantes. O segundo é ter a concreta necessidade de se acostumar para não sofrer a cada novo episódio, o que afetaria a sua própria capacidade de intervenção técnico-profissional. Entre a 'frieza humana', da falta de solidariedade, e a 'frieza profissional', necessária para atuar, muitos desenvolvem uma 'comoção seletiva', permitindo-se emocionar somente diante de algum tipo específico de situação ou de vítima, como nos casos de violência contra crianças.

> O atendimento, pelo menos pra mim, da agressão no que se refere a criança, é uma coisa muito sofrida (...). Há pouco tempo a gente teve uma mãe que envenenou as crianças, foi uma coisa muito triste... ruim... deixa todo mundo arrasado. (H2/3 - médico)

> Eu, com esse meu tempo todo de emergência, ainda fico chocada, logicamente. A pessoa não é fria, não é. Mas na hora a gente tem aquele impacto, aí você trabalha, faz, aí você só vai sentir depois, quando senta, aí fica pensando. Mas, infelizmente, esse é o nosso trabalho, temos que ir passando por cima, a gente vai se acostumando. (H2/8 - enfermeira)

Esse processo, obviamente, não é consciente nem planejado. Antes de tudo, faz parte de um aprendizado que parece fundamental a um profissional da emergência. Diante da tensão que as próprias situações de risco de vida suscitam, dos conflitos com os familiares e das condições de trabalho longe do ideal, saber onde investir e quando poupar a emoção é vital para tentar conter o inevitável desgaste (Pitta, 1994).

Entretanto, como já se imagina, há dois outros fatores extremamente significativos que atuam sinergicamente na 'seletividade' da comoção e solidariedade desse profissional: o julgamento moral que ele fará a respeito da situação da violência ocorrida e da pessoa envolvida e a identificação sociocultural com o paciente. Esses julgamentos serão, de fato, determinantes para o tipo de cuidado dispensado.

Atender um 'Bandido'

O tratamento diferenciado oferecido àqueles classificados como 'bandidos' foi um tema polêmico e desconfortável. Os discursos enunciados evidenciavam posturas ambíguas e até contraditórias. Percebia-se o dilema entre uma ética profissional, uma 'missão de salvar vidas', e o envolvimento passional com a questão. As falas dos profissionais, nesse caso, oscilavam entre uma moral social repleta de rancor e um discurso ético-profissional.

O significado de 'missão' e de obrigatoriedade ética que o atendimento médico suscita foi o parâmetro central de toda as representações sobre a questão. Essa base moral estava presente, explícita ou implicitamente, em todos os depoimentos. Tal sentido é tão introjetado por alguns que estes não pareciam ter dúvidas em seus comportamentos. A 'consciência tranqüila' por ter cumprido sua missão motivava a tratar, indiferenciadamente, todos aqueles que precisavam de sua ação profissional.

> Quando chega aqui, não me interessa se o cara é bandido, se ele é principezinho, se ele é playboyzinho, se é chefe de família, se é o filho rebelde... Não interessa! Está chegando aqui um ser humano que necessita dos meus serviços... Da minha atenção (...). Eu exerço isso! (...) Se para os outros não é assim, azar o deles! (H1/9 - aux. enfermagem)

Tal postura é reconhecida como a mais correta. Entretanto, seu exercício estará à mercê do arbítrio pessoal, sendo de foro íntimo a decisão de cumpri-la ou não. Tratase, antes de tudo, de um discurso oficial, um conjunto de princípios contra os quais nenhum profissional pode insurgir-se. Assim, há aqueles que cumprem tais premissas éticas cegamente e outros que, apesar de a elas se resignarem, demonstram grande resistência, reclamando, resmungando e revelando irritação por ter de atender um 'bandido'. Outros simplesmente atendem, por obrigação, mas de forma diferenciada.

> Acho que muita gente iria questionar, 'puxa, é bandido', mas na prática, na hora de estar precisando do socorro, todo mundo ia ter o mesmo tipo de atitude. Ia lá, ia resolver, ia fazer. (...) Eu tive a oportunidade de assistir colegas, (...) sabendo que aquele indivíduo era um marginal perigoso, que a polícia veio e disse 'olha, doutor, cuidado', e o colega ali, chateado, falando tal e tal, mas fazendo. Cumprindo a missão dele. (H1/1 - médico)

> Olha, eu vou te falar, o que eu faço e o que eu percebo nos funcionários da emergência... Eles ficam revoltados contra tudo, mas tratam normal, como uma pessoa de família, entendeu? A pessoa fica revoltada, mas faz o seu serviço. (...) Além de tudo, o lado profissional eu acho que ainda está falando mais alto. (H2/8 - enfermeira)

O julgamento moral dessas 'vítimas' da violência é assunto tabu. Em geral, os profissionais abrem mão da condição de juiz, chegando mesmo a, deliberadamente, evitar saber quem é ou o que fez aquele sujeito, tentando assim alcançar uma maior neutralidade. As normas oficiais são realmente cumpridas à risca por alguns profissionais. Entretanto, na maioria das falas, revelam-se contradições evidentes em relação às posturas tomadas no cotidiano.

> Eu não procuro saber qual é a origem do baleado, porque você vai ouvir as mentiras mais escabrosas. E eu vou ter que tratar o cara da mesma maneira. (H2/9 - médico)

> Aqui no hospital o pessoal já sabe que o cara é bandido e tal, mas a gente não pode se envolver com isso porque tem que cuidar da vida humana. Cabe ao policial fazer a parte dele. Agora, é chato, né? Está concorrendo com pessoas de bom nível, boa conduta, pessoas normais. (H1/6 - médico)

Existe uma espécie de código oculto entre os profisssionais. Eles admitem que haverá alguma discriminação no atendimento quando, numa situação de competição de recursos, aquele sujeito visto como 'bandido' concorre com uma 'pessoa de bem'. Tais recursos podem ser, por exemplo, a atenção da equipe, a utilização do centro cirúrgico, o consumo de sangue. Alguns entrevistados admitem que nessas situações aquele indivíduo, visto como 'bandido', não será a prioridade.

> Não cabe a mim o papel de juiz. Não cabe a mim. Eu sei os critérios técnicos, alguns critérios de conduta que eu sigo fielmente independente de quem seja. Por exemplo, as cirurgias que às vezes demandam muita transfusão sangüínea. Se eu precisar usar um estoque de sangue num mau elemento, se eu precisar disso para salvá-lo e se algum outro colega precisar do mesmo estoque pra uma outra pessoa, vai pra outra pessoa, não tenha dúvida, entendeu? Mas a cirurgia, as condições oferecidas são as mesmas. Inclusive, alguns pacientes que eu operei, digamos assim, são do lado de lá da lei. (H2/7 - médico)

> Eu acho que em termos de prioridade, vamos dizer assim, se tem duas pessoas iguaizinhas, uma é bandido e a outra não é, eu priorizaria a 'não bandido'... a princípio (...). Isso é uma coisa meio dura de falar. (H1/1 - médico)

A discussão sobre a tomada de decisões em situação de escassez é um tema ético por definição. Aliás, toda a discussão da bioética se faz a partir da premissa de que

os recursos são escassos (a chamada "cultura dos limites"). Como Ribeiro (1998:45) discute, vários têm sido os critérios de priorização propostos, desde a

> *idade do paciente, os anos de vida ajustados à qualidade, ganhos ou perdidos, a 'utilidade social' do paciente, o prognóstico e urgências médicas, o sorteio, o critério de 'quem chega primeiro é atendido primeiro', o critério do 'maior benefício para o maior número de pessoas', dentre outros.*

Portanto, como ressalta o autor, seja qual for o critério adotado, é preciso discutir de forma ampla e transparente a tomada de decisões, envolvendo todos os setores da sociedade com base em um conjunto de princípios que não implique discriminações a grupos sociais específicos.

Se considerarmos, como vimos no capítulo 3, que há sempre a carência ou deficiência de algum elemento no processo de produção dos cuidados de emergência, então os indivíduos rotulados como bandidos (ou alvo de outros rótulos discriminatórios) serão sempre os primeiros preteridos, numa hierarquia própria da exclusão.

Finalmente, os depoimentos destoantes são aqueles que revelam os 'bastidores' da ação organizacional, ou que, pelo menos, enunciam a existência de práticas não admitidas pela maioria. Dessa forma, alguns reconhecem que há, por parte de certos profissionais (novamente a 'decisão individual' é invocada), posturas de clara discriminação. Entre elas estão ações que poderiam ser classificadas como punitivas em relação àqueles que foram reconhecidos como marginais e que seriam realizadas, por exemplo, através do expediente de deliberadamente fazer com que esperem o máximo possível pelo atendimento necessário.

> Eu presenciei, chegou um marginal e a vítima. Aí, porque tinha pego o marginal, então, com certeza, o marginal não foi a prioridade. A vítima foi a prioridade... E aí o pessoal: 'Não, deixa ele gritar lá um pouquinho...' – 'Mas tinha condições de atender os dois ao mesmo tempo?' [pergunta a entrevistadora] – Até tinha. Porque, na verdade, a equipe é grande. As equipes têm um monte de acadêmicos. Mais aí o pessoal: 'Deixa mofar'. 'Quer fazer o Raio-X? Não! A prioridade é essa aqui'. (H1/3 - enfermeiro)

Esses depoimentos refletem a partilha de uma valoração moral construída nas vivências cotidianas. Os profissionais de saúde, como quaisquer outras pessoas, também são vítimas da violência e dos atos de criminalidade. Muitos, como já vimos, são agredidos no próprio serviço em que trabalham. Sentem-se ameaçados e temerosos com a presença de 'custodiados'. Engrossam o 'coro dos aflitos e dos descontentes' e comungam uma boa dose do rancor, partilhada com a sociedade, contra os que julgam ser os autores da violência urbana.

> Tem paciente e paciente. Isso no começo me chocou, me assustou, depois acostumei. Com certeza você atende diferente um bandido que tomou um tiro, assaltou, e uma menina que bateu o carro (...). O atendimento é diferente, as precauções, tudo diferente (...). Tem aquele negócio que todo mundo é igual, mas, na realidade, você... você é uma pessoa comum, uma pessoa que é assaltada, que é seqüestrada... Eu não tenho visto da parte de ninguém... essa capacidade de tratar todo mundo igual. (H1/13 - acadêmico de medicina)

Esse 'rancor social' também se mostra presente na análise que Oliveira (s.d.) faz das imagens sobre violência na cidade do Rio de Janeiro veiculadas pelas colunas de leitores de jornais de grande circulação. Essa autora conclui que há um imaginário corrente de violência como desordem (negação do conflito como elemento que também constitui a própria ordem). Nessa visão, toda a cidade estaria nas mãos de bandidos que, favorecidos pela inoperância dos serviços de segurança pública, teriam o controle sobre os 'homens de bem'. Ainda segundo a autora, essa cisão bandido/homem de bem (cidadão) leva ao questionamento dos princípios que regem os direitos humanos. Critica-se os 'excessivos direitos dos bandidos', redirecionando a discussão para uma hierarquia 'natural' dos direitos. Soares & Carneiro (1996) analisaram 1.500 questionários de pesquisa de opinião e perceberam que predomina nas respostas um 'discurso despótico', isto é, que desconsidera as ações mediadas pelas instituições e por outras formas modernas da legitimidade política do Estado de bases democráticas. Sugestões como a pena de morte, extinção das favelas, morte de suspeitos foram dadas enfaticamente como recursos para controlar a violência.

Contudo, apesar desse processo de identificação seletiva e dos parâmetros de uma moralidade social clivada pelo medo, segregação e rancor, Walzer (apud Ribeiro, 1998) defende que, diante de tantos comportamentos morais em uma sociedade complexa e plural, há que se defender um "minimalismo moral". A moralidade cujos praticantes não podem responder à dor e à opressão de outras pessoas seria uma moralidade deficiente.

Entretanto, em nossa pesquisa, percebemos que não só os 'bandidos' seriam alvo da discriminação. Segundo depoimentos, a 'população de rua' também é preterida na ordem de prioridade. Podemos supor que os indivíduos que vivem nas ruas, em situação de mendicância, causem repulsa aos profissionais de saúde pelo mau cheiro, sujeira de seus corpos e embriaguez. Temos como hipótese que todos aqueles que estariam em situação de 'marginalidade', seja qual for o julgamento que isto signifique, poderiam ser merecedores de indiferença ou tratamento hostil.

> População de rua não é prioridade. (...) Quando chega paciente de rua, até te mostro lá embaixo, foram medicados nesse dia que chegou, mas depois, até hoje, ninguém viu mais. (...) Falei: 'tem que dar banho'. 'Não, deixa lá'. Eu tive que dar banho nos quatro (...). Paciente quando chega, mesmo politraumatizado, população de rua... O pessoal não entra bem. Mas chega politrauma diferente, tipo assim, uma situação social aparentemente melhor, eles entram com mais disposição, entendeu? (H1/3 - enfermeiro)

Aos poucos, os mecanismos de identificação discriminatória se costuram e neles se justapõem os estigmas: o negro, o miserável e o bandido. Sutilmente, vão se tornando mais seletivos e preconceituosos os parâmetros de tratamento humano. Em uma sociedade fundada na naturalização da desigualdade, constrói-se um amálgama entre pobreza e criminalidade, entre pobreza e desvalorização moral e social:

> *A confusão entre a constatação de que as vítimas preferenciais da criminalidade estão nos estratos menos favorecidos economicamente e que, por isso, os pobres estariam mais predispostos à delinqüência, reforça ainda mais o já violento processo de exclusão social a que esta população está submetida (...). Na medida*

em que naturalizamos uma sociedade dividida entre os perigosos e os confiáveis, entre quem tem boa aparência e 'quem tem pinta de bandido', a reprodução desta segmentação também pode estar presente no âmbito da atenção à saúde. (Skaba, 1997:92-93)

A pesquisa de Roth (1972), feita no início da década de 70, já analisava a questão da avaliação moral da clientela feita pelos profissionais de emergência. Esse estudo americano revela que há um reconhecimento hierárquico do valor social dos pacientes. Raça, modos de falar, de vestir, tipo de emprego, legitimidade dos filhos e da situação marital e presença de seguro de saúde são pistas que contribuem para a classificação do valor dessas pessoas. Tal avaliação acaba por influenciar o tipo de diagnóstico e tratamento que lhes será destinado. Por exemplo, mulheres negras com queixas difusas de dor pélvica e febre foram massivamente vistas como praticantes de uma vida sexual promíscua e indutora de aborto. Homens pobres e negros foram classificados freqüentemente como alcoolistas. Pacientes com comportamento agressivo e resistentes aos cuidados foram diagnosticados como "pacientes psiquiátricos".

O autor analisa esses diagnósticos mostrando que a correspondência com o estado real dos pacientes não ultrapassava 2% e 6% para os casos de alcoolismo. Roth pondera que a emergência, por suas características organizacionais, possui poucas condições de selecionar pacientes, tornando-se o recurso residual de todo o sistema de saúde, pois é para lá que irão os que não podem ir para outro serviço e os que a julgam mais conveniente. Assim, aquele paciente cuja demanda de cuidados for considerada ilegítima, por não ser de emergência e, além disso, acumular alguma característica desfavorável à sua classificação moral será duplamente mal visto, despertando irritação e desprezo. Muitas vezes, na intimidade das equipes de saúde, serão chamados de "ralé", "lixo" e "mentirosos".

Entretanto, uma situação de emergência real leva à superação da repugnância moral. Curiosamente, Roth cita o caso de um presumido criminoso que entra necessitando de intervenção médica imediata. Nessa situação, ele terá prioridade, pois sua demanda constitui a própria razão da existência do serviço. Também no que diz respeito à realidade de nossos hospitais, há uma valorização do casos de trauma. O atendimento a esse indivíduo será então considerado uma oportunidade para o exercício de um conjunto de técnicas e conhecimentos médicos. Porém, isso não significa que a avaliação moral será suspensa. Comparativamente, outro indivíduo, baleado, mas visto como cidadão, será merecedor de esforços mais intensos por parte dos profissionais, pois está implícita a idéia de que sua vida é mais valiosa.

Contudo, mesmo no caso de 'emergências reais', a avaliação moral não está ausente. Apesar do prisioneiro baleado ter recebido atenção rápida e de experts*, o esforço foi visto simplesmente como um assunto técnico – uma oportunidade de alguém exibir a habilidade de manter viva uma pessoa severamente traumatizada. Quando a mesma emergência recebeu um proeminente cidadão local que foi esfaqueado por marginais enquanto defendia sua esposa, a equipe novamente dispensou de forma rápida esforços para salvar sua vida, mas neste caso era evidente que eles estavam muito preocupados, não simplesmente com um fracasso técnico, mas com a perda de uma pessoa valiosa vítima de um ato depravado.* (Roth, 1972:849)

Se há critérios de valoração negativa, em contrapartida existe um processo de identificação com o paciente cujas características suscitem uma proximidade sociocultural com o médico: “porque é muito comum você não se relacionar com o paciente. Então... quando chega alguém que pode ser do mesmo nível, poderia ser você ou sua mãe ou sua irmã. Aí você faz o elo” (H1/13 - acadêmico de medicina).

O tratamento hostil ou discriminatório pode também ser reconhecido em atitudes de ironia ou galhofa. Brincadeiras de caráter jocoso, feitas no dia-a-dia dos hospitais, ressaltando a pobreza, a ignorância ou a feiúra dos pacientes, são comuns e transmitidas de geração em geração. Como Skaba (1997) retrata em seu trabalho, essas brincadeiras, vistas por muitos como uma forma ingênua de descontração diante do constante estresse, refletem uma atitude de distanciamento social e de busca de diferenciação através da ridicularização desse ‘outro’ estigmatizado: pobre, de baixa escolaridade, negro. Revelam também os muitos mecanismos que servem, sutilmente, como baliza para definir que pessoas seriam mais valiosas e mais merecedoras do que outras.

Discutindo a gíria e os trocadilhos dos médicos, Petersen (1998) argumenta que esses recursos semânticos não servem somente para promover a integração entre os membros do grupo e manter a distância dos leigos (o jargão médico cumpre melhor esse papel). Acima de tudo, expressam o *ethos* do médico de uma forma não ortodoxa. Esse autor revela, com base em estudo empírico, que tais gírias, ainda que se concentrem na relação médico-paciente, não se limitam a esse universo. São também articuladas para dar corpo aos significados que os médicos constroem sobre sua própria formação profissional e sua inserção no sistema de saúde. Quanto às gírias relativas aos pacientes são, de fato, depreciativas: “mulambos”; “pimba“, que corresponde à junção das iniciais de pé inchado, bêbado e atropelado; “trubufu“, referindo-se a mulheres feias e negras; “poliesculhambado“, ou seja, paciente politraumatizado de estrato socioeconômico baixo. O autor reconhece que tais metáforas não expressam meramente a exclusão social, mas contribuem para gerá-la.

Petersen nos deixa uma interessante indagação: seriam esses trocadilhos e gírias um sinal de uma metamorfose dos referenciais éticos? Considerando o contexto que Machado (1996) denomina de desprofissionalização do médico (superposição do aparato tecnológico sobre a prática clínica, sucateamento dos serviços públicos de saúde, demanda de superespecialização e jugo da ação profissional ao formato dos diversos planos privados), diante de um quadro de doenças emergentes e reemergentes e de crise de recursos, de péssimas condições de trabalho e de remuneração, cabe perguntar: os profissionais médicos e de saúde como um todo não estariam diante de uma severa crise de transição ética?

Almeida & Schramm (1999) discutem que as mudanças na prática médica causadas pelo avanço tecnológico e pela criação de novas demandas sociais têm, desde a década de 60, colocado em xeque os princípios hipocráticos da ética médica. Os autores põem em debate a vivência atual de uma crise desse paradigma, desenhando um contexto em que uma grande dose de niilismo emoldura o papel central destinado às decisões individuais. Argumentam que a abordagem ‘principialista’ é uma boa ancoragem para a solução dos problemas surgidos no cotidiano da prática médica, sendo os valores de não maleficência, beneficência, autonomia e justiça os guias para uma conduta ética contemporânea.

Sobania reflete que a emergência cria uma situação única em que a decisão médica e a decisão ética têm de ser imediatas. Em seu trabalho, defende que o "direito à emergência é igual ao direito à vida" (1993:146) e que a obrigação do socorro médico é a obrigação maior da profissão médica. Pondera, contudo, como médico dedicado há mais de 15 anos à emergência, que o trabalho nesse setor é extenuante e as condições de trabalho concorrem contra uma postura profissional comprometida com a ética, "facilitando o risco de que o atendimento seja alterado pelo *status* social, pelo tipo de doença, do trauma e até da possibilidade de pagar" (p.135). Sobania nos deixa um exercício importante de relativização:

> *Como exigir condutas éticas, se a parte fundamental não está corrigida? Este é fator fundamental que leva os médicos e os pacientes a muitas vezes se digladiarem, a colocar grades nas portas dos prontos-socorros para que só possam entrar pessoas em estado real e flagrante da situação urgente (...) encontramos na área médica atividades de ponta altamente sofisticadas em pleno funcionamento, ao lado de serviços de emergência sujos, mal estruturados, pondo pacientes internados em corredores, quando deveriam estar em unidades de terapia intensiva. Como discutir ética de relacionamento médico-paciente, se de repente ele se acostumou a esta situação?* (Sobania, 1993:136-137)

Ao lado do convite de Sobania para refletirmos sobre o contexto que emoldura as ações de discriminação na emergência, tomamos a análise de Pitta (1994) em que argumenta que, no trabalho hospitalar, os profissionais desenvolvem alguns mecanismos de defesa contra o desgaste imposto no processo de trabalho. Uma das estratégias é despersonalizar e negar a importância do indivíduo, expressa na máxima "qualquer paciente é igual a outro". A 'agressividade reativa' contra o paciente através de zombarias e ridicularizações seria outra forma. Especialistas chegam a afirmar que o profissional de emergência, sujeito a forte desgaste psicológico, poderia desenvolver a síndrome do *burn-out*, cuja sintomatologia inclui cefaléias, distúrbios gastrointestinais, insônia, dispnéia, humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez e negativismo. A síndrome também se expressaria no comportamento profissional: "fazer consultas rápidas, colocar rótulos depreciativos, evitar os pacientes e o contato visual, entre outros exemplos ilustrativos" (CRMES, 1998).

Dessa maneira, a própria violência, imposta pelo processo de trabalho, desencadearia nesses profissionais uma ação que reproduz (em outros níveis) a violência, seja pela agressividade seja pela negação da legitimidade do sofrimento dos pacientes. Cabe ainda lembrar que, para discutirmos eticamente o problema, temos de incorporar as responsabilidades do próprio sistema de saúde e de seus gestores diante das situações observadas nas emergências. Mas será que tais ações, que reagem ao sofrimento causado pelo trabalho mas que provocam outros sofrimentos aos pacientes, se justificam? São aceitáveis, contribuem para um ideal ético, de dignidade e direitos? Em outras palavras, parafraseando Dejours, as estratégias de defesa frente ao sofrimento gerado pelo trabalho podem funcionar como armadilha que insensibiliza contra aquilo que faz sofrer e contra o próprio sofrimento humano, sendo capazes de "atenuar a consciência moral em face do sofrimento infligido a outrem" e de criar um "estado de tolerância ao mal" (Dejours, 1999:139).

Cremos que a questão ética é duplamente fundamental, seja como forma de controle da violência, seja como afirmação de uma positividade (uma cultura de respeito e solidariedade). Como Chauí argumenta, a ética sempre teve como eixo essencial o problema da violência e as formas de evitá-la, controlá-la e diminuí-la. A conduta ética é uma aliança poderosa contra as formas de desrespeito e violação da integridade do outro. Um modelo cultural que se paute na ética é um modelo de respeito ao outro.

> *Quando uma cultura e uma sociedade definem o que entendem por mal, crime e vício, circunscrevem aquilo que julgam violência contra um indivíduo ou grupo. Simultaneamente, erguem os valores positivos – o bem e a virtude – como barreiras éticas contra a violência. (...) Os valores éticos se oferecem, portanto, como expressão e garantia de nossa condição de sujeitos, proibindo moralmente que nos transformem em coisa usada e manipulada por outros.* (Chauí, 1997: 337)

6

Prevenção da Violência no Âmbito dos Serviços de Emergência

Como vimos no capítulo 1, o reconhecimento e a inclusão do problema da violência, na agenda de saúde, têm sido um desafio desde o final dos anos 80. Sua legitimidade, no campo programático e de debates, representa uma conquista lenta que reflete o esforço de muitos profissionais, núcleos de pesquisa, organizações da sociedade civil e movimentos sociais, especialmente os feministas e de defesa dos direitos de crianças e adolescentes.

Trilhando essa perspectiva de positividade e de ação transformadora, o presente capítulo destina-se a discutir as propostas de prevenção à violência possíveis aos serviços de saúde, em especial no que concerne à emergência hospitalar.

Pensamos que o primeiro passo é identificar alguns obstáculos que se erguem contra essa expectativa e que, portanto, podem significar resistências poderosas à prevenção e à promoção no âmbito dos serviços de saúde e nas instâncias de articulação com outros setores. Cremos que esses obstáculos sejam de várias ordens, desde os da cultura dos serviços que acabam por atuar na imediaticidade das demandas até o receio e a recusa de se envolver com um problema que não é identificado como do raio da ação do profissional de saúde. Podem-se registrar ainda, entre as dificuldades, a falta de articulação com uma rede de suporte de serviços de referência e a ausência de rotinas que apóiem a ação dos profissionais no dia-a-dia do atendimento.

Optamos, então, por trabalhar, primeiramente, o que pensamos ser a base dessas posturas: a maneira de ver, conceituar e demarcar o problema da violência que julgamos hegemônica no campo da saúde. Pressupomos que tais definições interferem de alguma forma no campo da prática dos agentes de saúde.

Para realizar tal discussão, apoiamo-nos na noção de obstáculo epistemológico definida por Bachelard, que nos orienta a buscar no próprio ato de conhecer, de conceituar, as dificuldades que se apresentam. Segundo o autor, o conhecimento do novo se faz sempre num movimento ‘contra’ conhecimentos e preconceitos anteriores.

> *Quando se apresenta à cultura científica, o espírito jamais é jovem. É inclusive muito velho, porque tem a idade de seus preconceitos. Chegar à ciência é, espiritualmente, rejuvenescer, é aceitar certa mutação brusca que deve contradizer um passado*. (Bachelard, 1977:148)

Pensamos que a violência, como objeto novo para a saúde, convida a esse tipo de movimento, um tanto doloroso, mas que contém em si a possibilidade de rejuvenescimento do escopo, dos debates e da própria definição dos horizontes e missão do setor. Em outros termos, pensar os obstáculos epistêmicos existentes é refletir sobre as referências conceituais que têm sido hegemonicamente empregadas para definir a violência como um problema de saúde e sobre como esses quadros conceituais delimitam um horizonte que, apesar de teórico, também orienta a prática dos agentes e acaba por constituir entraves para a atuação.

Apesar da promessa ambiciosa, chegamos a um nível ainda inicial, bastante descritivo, mas que consideramos importante de estar configurado neste capítulo.

Posteriormente, discutiremos os limites e as possibilidades dos conceitos de prevenção e promoção que orientam a atuação para o enfrentamento da violência no âmbito do setor saúde. Debateremos, à luz dos exemplos construídos no trabalho de campo, as oportunidades possíveis para a prevenção da violência no serviço de emergência.

Obstáculos

O fato de a violência ocupar, desde 1989, lugar de tão grande destaque nas causas de morte ocorridas no Brasil não pode ser mais considerado novidade. Mesmo os dados sobre a morbidade por violência, precários no país, permitem estimar que a ocorrência de eventos violentos não letais são muito mais numerosos do que os que levam à morte (Jouvencel, 1987; Minayo, 1994a; CRMES et al. 1998). Esse dado bruto e aterrador representa, em outras palavras, a perda de milhares de vidas, a mutilação de pessoas, custos significativos e uma demanda considerável de trabalho para o setor saúde (Clancy et al., 1994; OPS, 1995).

Autores, políticos, mídia e os próprios organismos internacionais de saúde assinalam, desde meados dos anos 90, que estamos vivendo no país uma 'epidemia' da violência e até mesmo uma pandemia mundial (OPS, 1994; OMS,1993). O que isso significa? Definir a violência como epidemia produz algum tipo de repercussão simbólica?

Naturalmente, ao se definir certo problema de saúde como epidemia, produz-se comoção, debates, e forja-se uma atenção diferenciada. No caso da violência, que efeitos se notam? A designação da violência como epidemia merece, portanto, que façamos pelo menos duas indagações para iniciar nossa reflexão.

Em primeiro lugar: a lógica científica que permite nomear de epidemia um problema tão complexo não acabaria por reduzi-lo a um escopo peculiar, impondo-lhe um lugar estreito e classificável em algum quadro implícito de nosologias, traduzido por variáveis incapazes de acionar uma reflexão mais crítica da situação e uma atuação mais ampliada?

Segundo Guillermo (1998), em muitos dos estudos que partilham da visão epidêmica da violência, há o predomínio de um enfoque 'causalista'. Segundo a revisão bibliográfica feita pelo autor, os principais fatores explicativos usualmente identificados são: a posse de armas, o abuso de álcool, a influência da televisão, os conflitos políticos e policiais.

A busca por uma determinação causal, isto é, uma relação idealizada ou mesmo mais crítica de causa(s)-efeito(s) específico(s), ancora-se no que Almeida Filho (1990) denomina de "paradigma da causalidade". Para o autor, esse paradigma vai sofrer sérios abalos (apesar de suas novas versões, como da epidemiologia clínica) dado que a condição de construção de prova, do teste de sua cientificidade, baseia-se na demonstração experimental, o que o inviabiliza, pois o processo de saúde-doença não se submete aos desenhos experimentais.

Concordamos com Guillermo (1998:201) quando diz que a principal crítica a esses trabalhos é "o quantitativismo que os perpassa, e que leva à coisificação dos sujeitos e à não-historicidade dos processos". Percebe-se em muitos estudos uma reincidente exclusão dos sujeitos (identificados como 'casos' distribuídos numa dada população) e o tratamento do contexto social como variável ambiental ou de risco.

Como Breilh analisa, há um forte vínculo positivista nesse tipo de análise que acaba por considerar o social de forma justaposta e externa ao biológico, ignorando os vínculos íntimos entre ambos. "Assim, toda a produção positivista assume de uma forma ou de outra uma cosmovisão que dicotomiza o social e o biológico e fraciona a realidade, congelando-a em fatores isolados" (Breilh, 1995:31).

Quanto ao problema da historicidade da análise, mesmo os estudos que se baseiam numa lógica explicativa dos riscos ou da probabilidade de adoecer (ou sofrer algum agravo à saúde) e que não se referem a probabilidades puramente aleatórias (o acaso) também podem ser alvo de um certo reducionismo.

Czeresnia (1999) argumenta que trabalhar o risco por meio de modelos matemáticos conduz a uma redução de sua complexidade, já que se analisam as "médias dos efeitos causais", o que limita tanto suas perspectivas individuais como coletivas. As críticas feitas por Almeida Filho (1990:340) ao paradigma de risco dizem respeito às suas deficiências para a análise dos sistemas dinâmicos, ou seja, dos processos determinados por forças que se alteram no decorrer da própria construção da determinação, "o que implica modificações dos parâmetros a cada momento do processo".

> *Se, por exemplo, concluímos um estudo de incidência da doença D em Salvador, escrevemos um artigo descrevendo as condições de ocorrência de casos como fatores de risco para aquela doença. Quando enviarmos o trabalho para a publicação, a sair no ano seguinte, tudo que encontramos já será passado, os parâmetros do modelo derivado daquela observação não mais serão legítimos descritores do processo em estudo.* (Almeida Filho, 1990:341)

Muitos autores (Connors, 1992; Hayes, 1992; Bloor, 1993; Rhodes, 1997) defendem que a vivência do risco, e mesmo a sua percepção, não se restringe ao universo individual. Ao contrário, os riscos e os comportamentos de risco são percebidos e negociados na rede de relações sociais. São, em última instância, fruto das interações sociais e é neste campo que as estratégias de prevenção deveriam atuar.

Nesse sentido, na década de 90, houve reconhecimento, no meio científico e nas políticas de prevenção, da fundamental importância em se conhecer qualitativamente essas redes de relações e vivências que favoreceram os riscos e os "comportamentos de risco" (Power et al., 1996; McCoy et al., 1997).

Em nosso entender, a violência é um processo cuja historicidade exige a readequação constante de seus modelos de análise. Entretanto, é preciso que se ressalve que tais críticas não podem ser generalizadas. Há inúmeros trabalhos epidemiológicos que permitem uma leitura complexa e histórica da violência, possibilitando a tomada de decisões estratégicas. Graças a eles pode-se ter noção da magnitude e da extensão da violência e fazer a identificação de suas vítimas preferenciais. Como ressaltam Minayo & Souza (1999:12):

> *Ao abordar o tema da violência, os sanitaristas colocam forte ênfase no seu papel de analisar as tendências epidemiológicas e o compromisso com a identificação de políticas e programas voltados para promover os fatores de sociabilidade, prevenir a cultura da dominação, da discriminação, da intolerância e a ocorrência de lesões físicas e emocionais e de morte, mas também para aperfeiçoar e dar qualidade à atenção às vítimas. Visam atuar (dentro do que lhes é específico) nos fatores de risco e na rede causal desses agravos, seja antes ou após o fato, tanto no ponto de vista individual, no que concerne às vítimas e aos atores, como nos fatores macrossociais.*

Importante assinalar que não se trata de eleger ou criticar um modelo de análise *per si*. Mas da necessidade de um olhar interdisciplinar que envolva solidariamente o conhecimento epidemiológico com leituras sociológicas, históricas e das demais ciências humanas e que una os esforços heurísticos de 'explicar' e 'compreender'.

A segunda indagação, ainda proveniente da provocação "violência como epidemia", é a seguinte: se estamos diante de uma epidemia, constatada no quadro de morbimortalidade e reconhecida pelas autoridades sanitárias, cabe perguntar quais mecanismos e ferramentas, comumente utilizados pelos aparatos de saúde pública brasileira nesse tipo de situação, foram empregados para enfrentá-la? Em outras palavras, se é para tratar a violência dentro do escopo da lógica epidêmica, cabe esperar que ao menos os mecanismos usuais já tivessem sido acionados, tais como sistema de informação e vigilância, ações programadas, contínuas e descentralizadas (a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade, assinada somente em 2001, ainda não foi implementada de fato, apesar de constituir inegável avanço).

Na verdade, essas duas questões caminham para uma mesma resposta. Apesar de mais de uma década ter transcorrido, a violência ainda é uma 'novidade' um tanto incômoda para a agenda de saúde pública. Antes de tudo porque desaloja, melhor dizendo, desafia os saberes hegemônicos no campo da saúde. Também porque não é passível de ser explicada por uma lógica causal linear (seja uni ou multicausal; não é uma doença, embora cause lesões, dor, sofrimento e morte; não tem sua origem em ação invasiva de microorganismos e suas causas não residem, salvo raras exceções, em nenhuma desordem orgânica, estando, portanto, fora dos campos de notório saber da atuação médica e da pesquisa biológica. Além disso, não se restringe aos traumas e lesões que invariavelmente constituem suas conseqüências.

Como, então, lidar com um problema que foge aos quadros epistêmicos hegemônicos no campo da saúde? Guillermo (1998) discute em sua tese que a violência revela a impotência da racionalidade médico-científica (RMC)[1] para lidar com proble-

mas que instauram a intrincada relação entre o biológico, o social e o cultural. Segundo o autor, a RMC acaba por tratar a violência como uma questão médica ou até mesmo como uma 'doença social'.

> *Hoje, a instituição de saúde não pode continuar ignorando a violência e poderia declarar a pandemia. O risco de fazê-lo não superaria atitudes medicalizantes que já tomaram a frente em outras instituições sociais. Isto quer dizer que a hipótese de pandemia não deveria soar estranha à RMC, mas sabemos que assim o é. Esta não é uma atitude caprichosa, nem produto de desconhecimento. Trata-se da inconsistência que marca a violência na própria RMC, já que não há como pensá-la sem reduzi-la a variáveis biológicas, posto que sustentá-la dentro da dimensão do social acaba por ser incompatível para uma racionalidade que se estruturou à luz do biológico, buscando no microscópio as explicações, sem importar que, na realidade, tão grandes foram os problemas.* (Guillermo, 1998:86)

Talvez seja desnecessária a ressalva que cabe ao bom senso: a RMC é reconhecidamente insuficiente para lidar com os fatores não-médicos que envolvem quaisquer situações de violência. O que nos parece uma tautologia evidente permite a expansão dessa discussão para outros termos: a violência não pode ficar circunscrita ao tratamento médico das suas conseqüências (lesões e traumas). Assim, por mais óbvio que pareça, não é possível concordar que a discussão sobre violência seja esvaziada em seu conteúdo quando, por exemplo, reduz-se a causa da agressão à arma que disparou o tiro ou à pedrada que produziu a ferida. Cabe a pergunta impertinente: é possível esperar da área da saúde e de seus profissionais mais que a aplicação da RMC? A abrangência da área da saúde é aquela cujos limites são traçados pela RMC?

Concordamos com a argumentação de Franco (1996:220) ao afirmar que "o importante não é a denominação epidemiológica nem o consenso em relação à priorização, apenas o reconhecimento do problema, a decisão política para enfrentá-lo e a conversão da decisão em ações sustentadas".

Entretanto, pensamos que a própria definição e reconhecimento do que seja a violência como objeto de saúde acabará por influenciar as maneiras de enfrentá-la.

As situações descritas em nosso diário de campo avivam os tons dessa discussão:

> Era um senhor de baixa estatura, corpo mirrado, vestia uma bermuda surrada e sandálias havaianas. Já estava na fila de triagem há um bom tempo. Finalmente chegara a sua vez e o médico lhe fez a clássica pergunta 'O que o senhor tem?'. Ele respondeu que estava ali por causa do seu estado de nervos. Contou que morava na Rocinha e sua casa, por conta de umas obras de reforma, estava sem muro. Isso facilitou a entrada consecutiva de bandidos armados, que em confrontos constantes com a polícia ali se refugiavam. Da última vez foi preso no banheiro com um rapaz apontando-lhe uma arma na cabeça. Diz que depois desses episódios nunca mais foi o mesmo, sente taquicardia, dor no peito e tremores. O triador se mostra interessado, pergunta detalhes, concorda com a pertinência do 'estado de nervos' daquele senhor e em tom de conselho lembra que o pior dos males era sentir medo.
>
> Um mês depois fui entrevistar esse médico e lembrei-lhe o caso, perguntei o que ele fez, qual foi sua conduta e ele respondeu o seguinte: 'Ele queria um amigo... Mas, de qualquer jeito, eu não estava aqui... O que ele precisava procurar é mais

a polícia do que o médico, né? É um caso mais policial que médico (...). Eu tive que dar um calmante! Eu dei um calmante, um sedativo'. (H1/8 - médico)

Tratava-se de uma jovem de uns vinte e cinco anos. Chegou sozinha por volta das duas horas da madrugada com o braço doendo muito. Numa briga, o marido desferiu-lhe um soco em direção ao seu rosto mas encontrou a proteção instintiva do braço. Ela disse que queria se separar, mas que ele não aceitava. Estava confusa, não sabia para onde ir e voltar para casa dizia que não queria. Mesmo assim, e tendo declarado que foi agredida, o atendimento que recebeu resumiu-se a um exame de Raio-X, uma tala de imobilização e uma receita de antiinflamatório. (diário de campo)

Medicalizar a violência ou ignorá-la, tratando-a como um problema externo, que não pertence ao campo da saúde, deixando-a, portanto, à margem das discussões e do planejamento das ações – este tem sido o tratamento dado à violência no cotidiano da maioria dos serviços de saúde. Não ignoramos que a demanda por assistência médica é vital à vítima de violência, mas aí o foco é novamente a doença/lesão. A intervenção médica nesses casos é tão importante como diante de uma crise de hipertensão ou diabetes. Perguntamos, reiteradamente, se é possível esperar mais que isso da atuação dos serviços de saúde diante das situações e necessidades que a violência e o atendimento de suas vítimas suscitam.

Alguns poderiam argumentar que há que se distinguir os diferentes níveis, sendo incompatíveis quaisquer comparações entre o *locus* dos serviços de saúde, predominantemente médicos, e o escopo mais amplo que podemos reconhecer como a área da saúde pública ou coletiva. Contudo, defendemos que, embora guardadas as inegáveis diferenças, seria esperado que os serviços refletissem minimamente as orientações cardeais contidas no apregoado 'conceito ampliado de saúde'. Além do que, os serviços e a ação de seus agentes constituem a materialidade, a carne e o cerne de qualquer política de saúde. Obviamente, seria necessário realizar uma longa análise das resistências na cultura organizacional dos serviços e do papel que o profissional entende como sendo seu na promoção de saúde.

Cohn (1992) relata o desânimo, a resistência e a acomodação de muitos profissionais de saúde que vêem o serviço público apenas como mais um entre muitos vínculos de emprego, com o agravante do baixo salário e das precárias condições de trabalho. Isto, segundo a autora, leva a uma conduta de individuação profissional, com baixo compromisso coletivo.

Voltemos à conceituação da violência construída pela área de saúde como uma pista para entender os obstáculos à atuação mais ampliada e cotidiana dos profissionais de saúde.

A própria designação de 'causas externas' dada pela Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) revela, ironicamente, os paradoxos que a violência representa para o campo da saúde. Façamos um breve 'estranhamento' e indaguemos: 'externas' a quê? Ao *locus* da atuação médica (às causas 'orgânicas', à lógica do tratamento e às teorias da doença)? 'Externas' porque sempre foram vistas como um "problema do social" ou um "caso de polícia" e não um tema da área de saúde? Uma

tênue diferença no próprio título da nona revisão da CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbitos) para a décima (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) pode revelar o acúmulo de um debate mais crítico sobre o assunto.

Muitos autores (Mello Jorge, 1979; Minayo,1994a) têm discutido a imprecisão da categoria designada pela CID. A rubrica 'causas externas' abarca uma extensão imensa de eventos: todos os tipos de acidentes (inclusive os de transporte), lesões autoprovocadas voluntariamente, agressões, eventos cuja intenção é indeterminada, intervenções legais e operações de guerra, efeitos tardios provocados por lesões acidentais ou violentas, e até mesmo complicações de assistência médica e cirúrgica (OMS, 1996), dificultando discernir a especificidade que envolve cada um desses fenômenos. Como Guillermo (1998) percebe, a CID descreve o capítulo das 'causas externas' por meio de 398 categorizações, assim, ao se buscar uma definição diagnóstica, ter-se-iam 612 formas clínicas possíveis.

Além disso, há que se reconhecer que é, no mínimo, impróprio discutir no mesmo conjunto acidentes domésticos, suicídios, homicídios e acidentes de trânsito. É uma classificação extremamente ampla, por meio da qual será categorizada toda sorte de eventos, desde as quedas de uma idosa num banheiro molhado até os homicídios! Entretanto, há mais um desafio implícito – distinguir acidentalidade de intencionalidade. Em muitas situações há uma relação intrínseca e repleta de ambigüidades entre o que se pode denominar de eventos 'acidentais' e 'violências' – o que dimensiona superficialmente a dinâmica e a dificuldade em lidar com tais classificações.

Examinemos dois exemplos concretos, observados em nossa pesquisa, que dão uma tônica objetiva à discussão e apontam a necessidade de tornar nosso olhar mais sutil, atento, ampliado e menos restrito a categorizações restritivas.

1) Quedas: ocuparam papel de destaque no atendimento às 'causas externas' dos hospitais estudados (851 atendimentos no Hospital 2 e 1.055 no Hospital 1). Essa denominação abriga uma variedade imensa de situações (acidentes de trabalho ou domésticos, fuga de agressões, acidente de locomoção, falta de controle motor por ingestão de drogas ou por velhice, entre outras).

Declarar uma queda pode ocultar situações de violência doméstica. Exemplo disso foi o atendimento de uma menina de cinco anos que apresentava uma lesão reta, indicando o uso de um objeto penetrante e de corte (faca ou tesoura). Segundo a mãe, a garota havia "caído" de uma escada em cima de uma lata de lixo onde se cortou com pedaços de garrafas.

As quedas são, a nosso ver, um elemento 'curinga', que atua sinergicamente com variadas formas de violências, renomeando-as e travestindo-as de 'acidentalidade'. Podem ocultar uma situação de violência doméstica; podem esconder o abandono e a solidão imposta aos idosos – como a senhora que ficou três dias caída no chão do apartamento até que alguém, percebendo sua ausência, arrombou a porta e prestou-lhe socorro –; e também podem mascarar as condições inseguras de trabalho que menosprezam a integridade física, especialmente nos casos dos trabalhadores da construção civil e das empregadas domésticas, principais vítimas atendidas nos hospitais estudados.

2) Atropelamentos e outros acidentes de trânsito: constituíram um dos maiores grupos e o que mais provocou óbitos dentro das 'causas externas' estudadas. Das vítimas de atropelamento atendidas, 22,8% no Hospital 1 e 16,4% no Hospital 2 declararam ter consumido algum tipo de droga antes do incidente (majoritariamente bebidas alcoólicas).

Hoje, tem-se relativizado a noção de 'acidentalidade' que envolve tais eventos, pois a dinâmica do trânsito sugere a necessidade de se identificarem *os atores* – motoristas leigos e profissionais, pedestres, autoridades do trânsito, empresários de transportes, poder público, comunidades, fabricantes e anunciantes de carros – e *as responsabilidades* – cumprimento das leis de trânsito, manutenção das vias e dos semáforos, organização do trânsito contemplando as necessidades de pedestres e comunidades; diminuição da impunidade diante do descumprimento das leis; resgate da vida como valor maior em detrimento de outros valores, como competitividade e habilidade automobilística diante de situações de risco e aventura (Portugal & Santos, 1991; Faria & Braga, 1999).

Entretanto, não seria igualmente temerário classificar *a priori* todos os eventos hoje designados como acidentais dentro do conceito de violência (a exemplo das quedas e acidentes de trânsito)? Designá-los como violências é buscar politizar o que se reveste de acidentalidade ou infortúnio, mas também é cair num jogo semântico que amplia demasiadamente o que se busca conceituar. Não caberia uma conceituação que abarcasse a complexidade dos acidentes?

Percebemos, enfim, a tendência de tratar a violência, apesar de toda a complexidade que a envolve, como um problema estruturado. Se pensarmos que etimologicamente a palavra 'complexo' designa entrelaçamento, multiplicidade, então, qualquer evento violento merece essa conceituação. A violência, em suas inúmeras manifestações, congrega intimamente a ordem estrutural da sociedade que a abriga, bem como uma gama de fatores singulares e contextuais.

Buscar explicações e conceituações para a violência é lançar-se sobre uma rede de fenômenos e processos como os ligados aos parâmetros da socialização em uma cultura dada; o *status* que a vida humana, a dignidade e o respeito ao outro desfrutam nesse referencial cultural; as oportunidades e as desigualdades sociais que se inscrevem e se reproduzem nas estruturas socioeconômicas. É preciso saber distinguir também as especificidades que as questões de etnia, gênero, faixa etária, opção sexual, posição social, entre outras, imprimem nas situações analisadas para tratar de forma a agregar num ir e vir teórico, o singular e a totalidade.

Como elucidam Minayo & Souza (1999:15):

> *é importante que se diga que este quadro de elevada mortalidade e morbidade por violência no Brasil não pode ser compreendido integralmente, sem que se lance mão de determinados termos e conceitos como desigualdade, injustiça, corrupção, impunidade, deterioração institucional, violação dos direitos humanos, banalização e pouca valorização da vida.*

Como Tarride (1998) postula, numa lógica sistêmica, há outras características típicas de um problema complexo que são aplicáveis à questão da violência: a densidade e variedade de probabilidades de sua ocorrência; a interdependência de seus componentes internos; o fato de não ser demonstrável ou calculável formalmente.

Os problemas estruturados são aqueles cujas causas e ocorrências parecem mais amplamente conhecidos. Naturalmente, há uma mediação subjetiva, um juízo ou parecer dos observadores para classificar este ou aquele problema como estruturado ou complexo. O estado atual do conhecimento e de politização sobre determinado assunto pode levar a tratá-lo como estruturado, soterrando uma ampla rede de questões intrínsecas e pertinentes.

Em síntese, há ainda muito que construir, seja:1) na definição e conceituação da violência como objeto da saúde – precisamos continuar investindo em debates, definições e estudos que reconheçam sua complexidade, mas que possam alimentar a prática e a atuação; seja 2) nas formas de atuação do setor diante do problema – se a área da saúde tradicionalmente tem atuado nos 'efeitos' da violência, tratando das lesões e traumas, hoje esta ação não é suficiente, tanto em termos de enfoque como de atuação (OPS, 1994; Guerrero, 1995).

Cremos que tais dificuldades, no que concerne à questão da violência, refletem, de uma certa forma, a situação de fragmentação do conhecimento e da atuação no setor, o que Breilh atribui a uma insuficiente teorização do que seja o próprio objeto 'saúde'. Segundo o autor, a prática e o ensino em saúde têm operado destruidores reducionismos:

> *um reducionismo ontológico que interpreta os processos da saúde como processos essencialmente físico-químicos e biológicos, considerando o social como complemento secundário; um reducionismo metodológico que busca explicar os problemas de saúde coletiva reduzindo-os a simples ampliação dos processos de menor complexidade, clínico-individuais; e um reducionismo epistemológico que considera que as teorias e as leis, como as epidemiológicas, não podem ser outra coisa que uma versão especial das mesmas leis fundamentais formuladas no campo biológico-clínico.* (Breilh, 1995:23. Grifos do autor)

Tarride (1998), em ampla revisão bibliográfica, defende a evidência de uma crise no campo da saúde pública. Particularmente, temos uma visão crítica dessa categorização de crise, que tem sido empregada à exaustão em todos os campos do conhecimento, banalizando uma discussão epistêmica e dando idéia de reconhecida falência de alguns paradigmas e candidatura de outros. Ainda assim, julgamos importante incluí-la, dado que capitaliza e dá voz a novas perspectivas e macrorreferenciais de análise que tentam ganhar campo político no campo da saúde.

Tarride postula que a crise na saúde pública está associada aos fatores de conceituação, prática, formação e investigação. A conceituação, como elemento de crise, diz respeito: 1) à ambigüidade, ainda reminiscente, entre o escopo da saúde pública e da medicina de caráter comunitário-social-preventivo; 2) à associação do caráter público como sinônimo de ações de massa que não contemplam os aspectos singulares e históricos; 3) à divergência filosófica entre duas perspectivas: uma cientificista, em que o foco central da interpretação tem como base a medicina, cuja ênfase é a doença, relegando a saúde a um conceito residual de ausência de doença; e a outra perspectiva que se intitula holística e que defende a promoção da saúde.

A crise da prática aponta a insuficiência do modelo médico hegemônico, cujas características estruturais de a-historicidade, orientação curativa, subordinação social

e técnica do paciente, prevenção não-estrutural e medicalização dos problemas conduzem a uma abordagem individualista e cientificista. O autor aponta ainda a emergência de uma vertente psicossomática ancorada nos conceitos de "modo de adoecer" e "estilo de vida" que retomam a prática em saúde numa leitura da responsabilidade individual no adoecer, visão que encontra tradução nas variáveis de "condutas de risco". Os elementos de crise provenientes da formação e pesquisa referem-se à heterogeneidade e ao pouco consenso em torno do que deva ser a formação básica em saúde pública, revelando-se uma primazia das disciplinas biomédicas em detrimento das de ciências humanas.

Assim, as respostas à crise variariam desde as mais reformadoras até as que propõem capitalizar tais críticas para rever profundamente os rumos e conceitos da área.

> *é possível reconhecer os desejos dos autores de construção de uma 'nova' saúde pública, caracterizada por adjetivos como: 'segura', 'sustentável', 'ética', 'pragmática', 'humanitária', 'desmedicalizada', 'valorativa', 'afetiva'. (...) Propõe-se incorporar aqui o adjetivo 'complexa' (...).* (Tarride, 1998:35)

Nájera (1992) propõe para esse debate questões tão simples quanto radicais: 1) seria possível continuar sustentando o escopo da saúde pública na quase centenária definição flexneriana de enfermidade?; 2) seria desejável continuar respaldando a reconhecida desconexão entre as necessidades dos que sofrem e os fins da medicina?

Para o autor, um desafio crucial é pensar a saúde não como um fim em si mesmo, ou o oposto da enfermidade, mas como um meio para alcançar uma vida decente, digna, como uma "capacidade social de gozar a vida, para sentir o prazer de viver, para ter qualidade de vida" (Nájera, 1992:12).

O autor nos convida a pensar a saúde como algo totalmente diferente da ausência de enfermidade e nos alerta para os perigos de medicalizar os sofrimentos humanos, "dissocializando-os e convertendo-os em 'enfermidades'"(1992:129*)*, o que permite sutis tentativas de controle social das condutas. Os argumentos de Nájera nos alertam sobre as ciladas de pensar a prevenção da violência descolada da luta por eqüidade, justiça e cidadania.

O enfrentamento da violência se alinha e requer uma nova perspectiva que busque se consolidar no campo da saúde coletiva; que, de certa forma, sensibilize e oriente uma postura em que seus profissionais reconheçam o conhecimento como produção de complexidade e que, além disso, articule as tecno-ciências com as ciências humanas e a filosofia e integre as dimensões coletivas e individuais, objetivas e simbólicas, quantitativas e qualitativas.

Contudo, como ressaltam com muita clareza Minayo & Souza (1999), ainda que se possa esperar da área de saúde um papel de liderança na militância cidadã e na implementação de políticas de superação da violência e de suas conseqüências, não podemos esquecer que a violência é um problema da sociedade, não devendo, portanto, ser tomada como um objeto exclusivo do setor saúde. Ao contrário, requer a atuação interdisciplinar, dos vários setores da sociedade civil e das organizações governamentais. E este é, sem dúvida, um desafio adicional para o setor saúde: a demanda por articulação interna e com outros setores.

Prevenção da Violência e a Promoção de Saúde

Ao falar do papel que cabe aos agentes, serviços e ao setor de saúde no enfrentamento da violência, muitas dúvidas se enfileiram à espera de serem colocadas em pauta. É possível prevenir a violência? Se dissermos de imediato que sim (embora nem sempre saibamos precisamente da efetividade das medidas que consideramos necessárias e possíveis), eleva-se diante de nosso espírito a tarefa de pensar o que é exeqüível e pertinente à saúde.

Seria adequado falar de 'prevenção', uma vez que esse conceito possui uma delimitação peculiar no campo da saúde pública? Seria o campo da 'promoção da saúde' mais adequado a esse tipo de questão? No que diz respeito à violência, como tais conceitos são conciliáveis e úteis? Como pensar a prevenção da violência e/ou promoção de saúde (como antítese da violência) para a materialidade concreta dos serviços e em especial das emergências? Seria a emergência um lugar cabível para esse tipo de atuação? Comecemos, então, discutindo certos conceitos operadores.

O conceito de 'prevenção' de Leavell & Clarck (1976), descrito na década de 50, demarca não só um conjunto de práticas como constitui elemento importante do próprio ideário que sustenta o campo da saúde pública. A perspectiva de poder interceder num determinado curso de situações, práticas e comportamentos que levaria à doença ou a outros agravos tem orientado diretamente a medicina, denominada preventiva, e servido como referencial operativo à saúde pública.

Para os autores, os objetivos finais de toda atividade de saúde seriam a "promoção da saúde, a prevenção de doenças e prolongamento da vida" (Leavell & Clarck, 1976:11). Desde então, já se apoiavam no conceito de saúde como estado de bem-estar. Contudo, sua descrição tratará da saúde como um estado de relativo equilíbrio entre os organismos e as forças que agem sobre estes, visto que são potencialmente afetáveis por agentes patológicos, pelo meio ambiente e pelas características inatas ou adquiridas. A doença será, enfim, interpretada como um processo de causalidade múltipla cuja história natural é preciso conhecer para se intervir preventivamente.

Leavell & Clarck (1976:17) propuseram o modelo de prevenção centrado no significado mais básico da palavra – "vir antes ou preceder"/"antecipar, preceder, tornar impossível por meio de uma providência precoce". Nesse modelo, há diversos níveis e hierarquias de atuação. A prevenção primária, que no dizer dos autores atua no "período pré-patogênese", é corporificada nos níveis de promoção da saúde e de proteção específica; a prevenção secundária atuaria no início da patogênese, promovendo diagnóstico, tratamento precoce e limitação da invalidez e a prevenção terciária atuaria, então, no nível da reabilitação.

Nesse escopo, a 'promoção da saúde' é entendida como um conjunto de medidas que serve para aumentar o bem-estar geral e não se dirige à determinada doença, embora sejam vistas como fundamentais e úteis para evitar distúrbios específicos. Pertencem à ordem dos direitos sociais, como educação, alimentação, moradia adequada, lazer, trabalho e condições psíquicas (boa convivência familiar e comunitária). Já a proteção específica compreende medidas voltadas para uma doença ou grupo de doen-

ças, “visando interceptar as causas das mesmas, antes que elas atinjam o homem” (Leavell & Clarck, 1976:20). Um marco desse tipo de ação seria, por exemplo, a imunização.

Como podemos ver, ainda que prevenção e promoção sejam medidas absolutamente conciliáveis, a promoção de saúde é entendida como um estágio, pois é vista por um enfoque utilitarista quanto aos propósitos de prevenir as doenças/agravos.

Posteriormente, na década de 70, o então Ministro de Saúde canadense Marc Lalonde (1996) proporá novos termos para o campo da saúde. Suas proposições não são inteiramente originais, dado que os conceitos de promoção de saúde e a articulação dos níveis que compõem o ‘campo de saúde’ já haviam sido anteriormente preconizados por outros autores (Terris, 1996, Dever apud Carvalho, 1996).

Entretanto, os conteúdos e as orientações do modelo Lalonde serão amplamente difundidos na década seguinte e incorporados pela OMS como referência paradigmática para o setor. Esse modelo propõe a integração da biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção de saúde, seja como *corpus* explicativo do processo saúde-doença, seja como campo estratégico de intervenção. Fortemente centrado na idéia de protagonismo dos atores e das comunidades para atuar nos seus próprios estados de saúde e nas condições determinantes, o modelo Lalonde tem, como pilar, o conceito de promoção, definido como “processo que permite às pessoas adquirir maior controle sobre sua própria saúde e ao mesmo tempo melhorar esta saúde” (Kickbusch, 1996:15). Sua referência é a promoção em saúde e seus princípios são: o foco da atuação deve ser a população em seu conjunto e não somente as pessoas que correm riscos; é preciso atuar nas causas do processo saúde-doença e se orientar visando a obter a participação popular.

Segundo Kickbusch, as áreas temáticas essenciais do que se convencionou chamar campo da promoção em saúde são cinco: 1) acesso à saúde; 2) desenvolvimento de um ambiente facilitador da saúde; 3) reforço das redes e apoios sociais; 4) promoção de comportamentos positivos à saúde; 5) aumento dos conhecimentos e difusão da informação relacionada com a saúde.

Várias conferências internacionais foram promovidas pela OMS para o debate e o desenvolvimento de abordagens no campo da promoção em saúde. A Conferência de Ottawa, em 1986, definiu como eixos estratégicos desse novo modelo: 1) criação de políticas públicas saudáveis; 2) fortalecimento dos recursos de saúde comunitários; 3) criação de ambientes favoráveis à saúde; 4) aprendizagem e redefinição dos serviços de saúde.

Nesse mesmo ano, o Projeto Cidades Saudáveis, implementado na Europa, buscava operacionalizar tais aportes para os níveis locais (Carvalho, 1996). Outras conferências internacionais de promoção em saúde tiveram lugar (Adelaide em 1988 e Sunsval em 1991) no intuito de desenhar os caminhos para a planificação segundo o novo modelo. No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária irá incorporar esse ideário e algumas experiências-piloto terão lugar em municípios de Campinas, Curitiba e Salvador.

Os defensores do modelo de promoção irão enfatizar a necessidade de desenvolver a capacidade de escolha, de opção por estilos de vida saudáveis. Eles reconhecem que, embora fundamental, a promoção dos ambientes saudáveis é o aspecto mais difícil, pois depende da implementação e execução de políticas públicas, além de iniciativas individuais e comunitárias.

Para Epp (1996), a promoção em saúde se obtém a partir de três mecanismos fundamentais: as estratégias de autocuidado; de ajuda mútua a partir de redes sociais solidárias (familiares, de vizinhança e de organizações); de promoção de ambientes saudáveis.

Buck (1996) critica severamente o modelo de origem, conhecido como modelo Lalonde. Para ela, esse arcabouço quadripolar teria como principal falha a pouca ênfase dada ao aspecto do ambiente (entorno). A autora defende que o entorno é absolutamente definidor de um quadro de saúde. Entorno é então lido com uma abrangência ampliada, conectando o aspecto ambiental-ecológico ao sociocultural.

Entornos perigosos, com altos níveis de violência, de contaminação; aqueles em que a falta de lazer é uma constante e as necessidades básicas não são atendidas; entornos em que o trabalho é estressante e despersonalizador, os que provocam isolamento afetivo e alienação, e aqueles de pobreza em geral. Tais entornos seriam determinantes da biologia humana, do estilo de vida e da organização e atenção em saúde.

Segundo Buck, concedeu-se, nesse modelo, que prega a promoção em saúde, demasiado foco aos estilos de vida, cabendo à ação individual a mudança do entorno. Para ela, "é necessário enfrentar os aspectos mais amplos do entorno que modelam as eleições individuais, mas que escapam ao controle do indivíduo" (1996:11). Esta era uma crítica mais que apropriada quando uma onda neoliberal se avizinhava e podia tornar-se porta-voz oportunista de uma idéia de substituição da ação pública estatal por iniciativas de 'apoio social' e de 'faça-você-mesmo'.

Carvalho discute esse problema principalmente em relação à maciça influência dos organismos internacionais ligados à saúde, em especial o Banco Mundial, que instaura uma lógica economicista nas políticas estruturais de saúde com os já conhecidos discursos de custo-efetividade, centrados no quadro de escassez de recursos. Em parte conseqüência do quadro que desenha o amplo movimento de globalização, as políticas sanitárias 'minimalistas', "empobrecidas em sua racionalidade técnica e amesquinhadas em seu compromisso social" (Carvalho, 1996:119), são sugeridas e tomadas como o horizonte 'possível' num quadro de severa pobreza e exclusão social. Como ressalta Carvalho: "Economicamente nada inocentes, multiplicam-se os apelos materiais e simbólicos por mudanças nos estilos de vida, sempre entendidos na dimensão individual..." (p. 119).

Poderíamos dizer que, em tese, ao preconizar políticas saudáveis, o modelo de promoção de saúde congrega uma idéia de totalidade, inserindo definitivamente a saúde como questão social ampliada, além de incorporar a ação individual. Também o modelo propicia repensar o conceito de saúde, o contexto da saúde pública no que diz respeito à crise econômica, à responsabilidade social e individual, à participação popular e de novos atores e à necessidade de redefinir prioridades, entendendo-as como complexas.

Para Kickbusch (1996), os termos-chave desse modelo seriam a ação intersetorial e participação da população. Estaríamos diante da antiga encruzilhada: a promoção da saúde é papel de quem? Qual o quinhão de cada ator: Estado, profissionais, organizações civis e privadas, indivíduos e comunidades? Ou, o que vem primeiro, a promoção de políticas públicas que possibilitem as condições materiais e político-ideológicas de um protagonismo dos indivíduos, que denominamos de escolhas saudáveis e de participação popular, ou o contrário, o protagonismo dos indivíduos que funciona como motor para a conquista de tais condições favoráveis, ou ambas conseguem caminhar juntas?

Parece-nos evidente que o escopo da promoção em saúde permite duas leituras. Uma, mais confiante e generosa, que entende que há uma articulação entre o campo macro das políticas saudáveis e o protagonismo dos indivíduos, fortalecidos pelas escolhas próprias em que o que é 'saudável' ou 'de risco' para a qualidade de vida é respeitado como decisão singular. Nesta leitura, permite-se ainda o reforço das reivindicações sociais e de cidadania a partir do campo da saúde.

A outra leitura, mais pessimista, entende que a promoção em saúde é mais adequada à realidade européia; no caso latino-americano, serviria como desculpa para a impotência do Estado. Entendemos que a anunciada 'nova saúde pública' tem o desafio de articular organicamente os vários pares historicamente dicotomizados na área da saúde, como os interesses e responsabilidades coletivos/individuais; o papel do Estado e da sociedade; a compreensão 'objetiva' cientificamente elaborada de um determinado conjunto de necessidades de saúde e as interpretações 'subjetivas' de quem sofre.

A pauta ampla que o modelo de promoção em saúde incorpora, ao buscar um planejamento que se ancore na definição de políticas saudáveis, é, a rigor, uma perspectiva de enfrentamento estrutural das formas de violência. Assim, ao discutir a necessidade de um aumento da qualidade de vida, conclama uma ação ampliada cujas fronteiras não se circunscrevem à saúde.

A leitura 'prevencionista' é, num certo sentido, um modelo mais pragmático e mais próximo da cultura médica dos serviços de saúde. Contém a idéia básica de que é preciso intervir para que não ocorra ou não volte a ocorrer a situação de violência, sendo necessário agir diante de cada evento específico. Pensamos que ambas as abordagens são úteis e necessárias para o enfrentamento da violência. Naturalmente, mesmo o modelo de prevenção para esse problema demanda novas práticas, articulações e aprendizados. Como ressalta Minayo (1994-a:14):

> *a complexidade real da experiência e do fenômeno da violência exige a ultrapassagem de simplificações e a abertura para integrar esforços e pontos de vista de várias disciplinas, setores, organizações e comunidades.*

Em outros termos, é importante unir o escopo pragmático da prevenção com o horizonte da promoção em saúde, articulando ambos em seus distintos níveis de atuação.

Os Serviços: o atendimento prestado e as oportunidades de prevenção

> Olha, eu até acho que existe a prevenção para violência sim, mas eu não vejo muito... Aqui não. Aqui é a última etapa... Quer dizer... é costurar os caquinhos. (H1/4 - enfermeira)

Ao discutir as possibilidades de ação para a prevenção da violência, devemos lembrar de que as múltiplas formas que esta assume (doméstica, autoprovocada, policial, contra homossexuais, conflitos armados entre facções ligadas ao narcotráfico, entre

outras) possuem um contexto explicativo próprio, uma historicidade e modelos culturais que orientam a prática de seus interlocutores. Tanta diversidade agrega uma complexidade considerável aos esforços de prevenção: identificar os atores e a dinâmica da violência; analisar seus aspectos estruturais e os comportamentais (hábitos e costumes); identificar o que se pode propor a curto, médio e longo prazos; discutir outras experiências nacionais e internacionais para o enfrentamento do problema; procurar parcerias para atuar.

Pensar a prevenção da violência como realidade possível para os serviços de saúde impõe ainda dois grandes esforços iniciais: o de superar a noção de fatalidade e inevitabilidade que envolve o senso comum da visão sobre o problema; e o de transpor a noção da violência como um problema do social. Esta segunda perspectiva obviamente é verdadeira, mas é desfocada para a dimensão das mudanças estruturais, vistas como de responsabilidade das 'autoridades', provocando uma certa inércia. Então não há como atuar no que se refere à violência até que haja mudanças na ordem político-econômica e social? Naturalmente que a luta por justiça social e pelo fim da impunidade não pode cessar e o setor saúde é, historicamente, um dos atores importantes nessa luta. Atuar nas causas sociais da violência é fundamental e demanda um empreendimento maior.

Assim, pensamos que os variados tipos de violências articulam-se mais ou menos diretamente às causas estruturais (toda violência é socialmente construída e revela a dimensão da iniqüidade da sociedade que a gera), necessitando de investimentos de mais amplo espectro e, ao mesmo tempo, de atuação mais focalizada. Um exemplo claro dessa questão é a prevenção dos homicídios, que demanda uma série de intervenções sociais de fundo (controle de venda e uso de armas; oferta de trabalho e cidadania para uma vasta gama da população pobre, constituída especialmente de adolescentes e jovens; punição para os grandes negociantes de armas e drogas; ampliação do debate social sobre a importância de uma cultura de tolerância e diálogo etc.

Direcionemos agora a nossa argumentação para seu maior desafio, ou seja, refletir sobre as possibilidades de atuação em espaços altamente medicalizados, pragmáticos, engessados em rotinas e programas institucionais, como os serviços de saúde. Nosso foco central será, obviamente, os serviços de emergência e nosso desafio é o de dar um tom propositivo sem sucumbir a um caráter normativo.

Estudos e experiências (Machado et al., 1994; Deslandes, 1994; Ynoub, 1998; Cavalcanti, 1999; Ferreira et al., 1999) têm demonstrado que os serviços básicos de saúde, e mesmo os ambulatórios podem atuar como importantes aliados na prevenção das violências domésticas contra crianças, adolescentes e mulheres, seja no pré-natal, no atendimento pediátrico e de ginecologia, seja nas atividades dos agentes de saúde, nos grupos comunitários de saúde e nos programas de médico de família.

Contudo, em nenhum outro serviço de saúde a violência adquire tanta visibilidade como na emergência. Este serviço é para a maioria da população e especialmente das vítimas de violências, a 'porta de entrada' no sistema público de saúde. Para muitas pessoas, é a única vez em que estará, como vítima de uma agressão, diante de um profissional de saúde (portanto, um representante do poder público). Em muitos casos, é um dos únicos momentos em que a violência será declarada.

Países como EUA e Canadá, há alguns anos, vêm implantando nos serviços de emergência rotinas institucionais para desencadear o acompanhamento e a prevenção de reincidências. Vários itens do documento "Objetivos para a Saúde no Ano 2000" referiam-se à prevenção da violência no âmbito das emergências (U.S. Department of Health and Human Services, 1993). Um dos itens estipula como meta que cerca de 90% de todas as emergências nos EUA tenham protocolos que rotineiramente identifiquem, tratem e façam os devidos encaminhamentos para as vítimas de estupro, violência conjugal e outras formas de violências contra adultos (nos casos de violência contra criança e adolescente isso já é feito). Como afirma o editorial deste periódico: "a emergência pode prover a primeira oportunidade para adultos vítimas de violência de encontrarem suporte, assistência e proteção" (U.S. Department of Health and Human Services, 1993: 618).

Atualmente, as principais 'frentes' de prevenção das emergências nesses países são as vítimas de violências domésticas (crianças, adolescentes, mulheres e idosos), de estupro, sobreviventes de tentativas de suicídio e de homicídio (Bell et al., 1994). Ainda assim, há vigorosas críticas quanto à qualidade do registro que, feito de forma assistemática, impede um acompanhamento epidemiológico adequado, dificultando dimensionar o problema e planejar ações (Covington, 1995; Davidson, 1996).

A idéia central é que a maioria dos casos de violências reincidirá, com igual ou superior gravidade, se não houver alguma ação que interrompa sua dinâmica. Esse raciocínio encontra farto respaldo em pesquisas sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes (Garbarino, Guittmann & Seeley, 1988; Santos, 1991), contra mulheres (Bell et al., 1994; Heise, Pitnguy & Germain, 1994), em pesquisas sobre tentativas de suicídios (Cassorla, 1991; Cassorla & Smeke, 1994; Serfaty, 1998) e tentativas de homicídios (MMWR, 1995; 1996; East, 1995).

Passemos agora a explorar, em detalhes, as causas específicas que mais despontaram no conjunto dos atendimentos dos hospitais estudados, buscando caracterizar a atenção prestada na emergência e as oportunidades existentes (e perdidas) de atuação.

Agressões

Em um único mês, o Hospital 2 atendeu 201 pessoas agredidas (188 agressões e 13 vítimas de 'balas perdidas'). Num mesmo período, o Hospital 1 atendeu 188 pessoas por esse mesmo motivo (176 agressões e 12 'balas perdidas'). Isso equivale a dizer que cada hospital atendeu, por dia, em média, seis pessoas agredidas.

As agressões envolveram, predominantemente, vítimas do sexo masculino (79,1% no Hospital 2 e 80,9% no Hospital 1). É assustador perceber que todas as faixas etárias foram atingidas por esse tipo de violência, inclusive idosos e crianças. A faixa etária mais envolvida nas agressões foi a de jovens entre 20 e 29 anos (29,3% no Hospital 1 e 35,8% no Hospital 2). Contudo, a participação dos adolescentes de 15 a 19 anos foi bem significativa (oscilando entre 16,4% no Hospital 2 e 19,1% no Hospital 1).

Analisando as 69 declarações de pessoas de 15 a 19 anos atendidas nos dois hospitais, pudemos perceber que esses adolescentes foram agredidos, na maioria das vezes, em atividades de lazer, seja nos bailes funk (a maioria), em bares e em boates; por policiais e em confrontos com colegas ou vizinhos.

Sem negar a legitimidade cultural dos bailes funk, estudos (Vianna, 1997; Minayo et al., 1999) e a imprensa descrevem como a violência é cultuada pelos próprios organizadores, que incitam turmas rivais a entrarem em luta corporal. A pista de dança vira arena e a luta é vista como etapa essencial do baile. As turmas de garotos e garotas geralmente são organizadas em torno da comunidade em que moram e da filiação daquela comunidade à determinada facção do narcotráfico (Comando Vermelho, Comando Vermelho Jovem, Terceiro Comando, Amigos dos Amigos etc). Como podemos ver, por meio do relato de dois rapazes, essa rivalidade tem continuidade para além dos limites do baile e se desenha por toda a geografia da cidade:

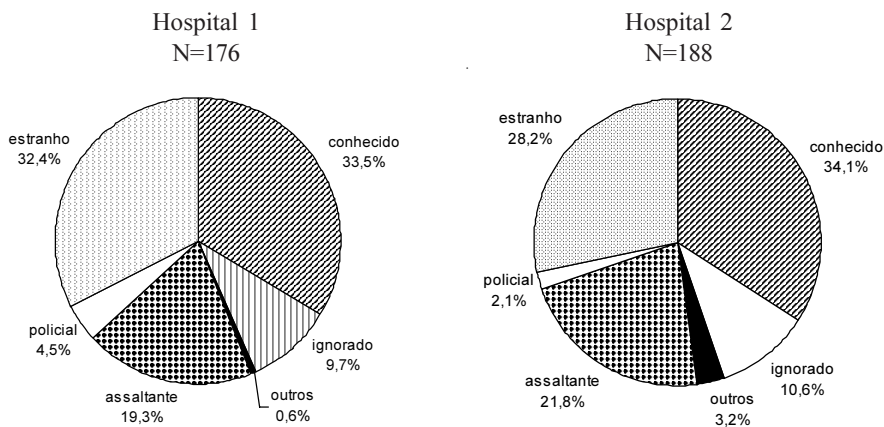
> G. tem 16 anos e foi ver sua namoradinha no morro, porém, lá encontrou com o pessoal da outra facção. Os outros rapazes disseram que iam matá-lo, pois estava na área deles. Subiram o morro com ele e começaram a espancá-lo com socos e paus de madeira até que surgiram uns conhecidos e ele fugiu. (Nota do questionário aplicado aos pacientes - H2)

> R. tem 16 anos e estava no ônibus, lá encontrou um inimigo do baile. O outro rapaz estava armado e quando o reconheceu atirou em sua perna. (Nota do questionário aplicado aos pacientes - H1)

Os relatos de violência policial durante batidas na favela vão desde tentativas de extorsão, seguidas de agressão ou invasão de domicílio, até confrontos com os jovens pegos em flagrante delito. As diferentes formas de violência policial contra adolescentes são fartamente relatadas na pesquisa "Fala Galera. Juventude, Violência e Cidadania no Rio de Janeiro" (Minayo et al., 1999), que explora, em detalhes, os preconceitos que os agentes policiais nutrem contra a juventude e sua prática cotidiana de truculência e intolerância dentro das comunidades pobres.

Como verificamos empiricamente, o simples registro, com base numa pergunta direta ("o que aconteceu com você?"), permitiria mapear as múltiplas formas que a violência assume no cotidiano dos grupos e sustentar propostas de atuação mais próximas da realidade social em questão.

Das 201 vítimas de agressões atendidas em junho no Hospital 2, 49,3% (99 pessoas) foram por espancamento; 24,9% (50) por projétil de arma de fogo; 15,9% (32) por algum instrumento e 4,5% (9) por arma branca. Das 188 vítimas socorridas em maio no Hospital 1, os meios mais utilizados para a agressão foram: 50,5% (95 pessoas) por espancamento; 21,3% (40) por PAF; 20,7% (39) por outro instrumento e 2,7% (5) por arma branca.

Gráfico 2 – Distribuição proporcional das agressões segundo o tipo de agressor. Hospital 1* e Hospital 2** – 1996

*maio/1996 **junho/1996

Separando as vítimas de 'balas perdidas' das demais agressões, como pode ser verificado no Gráfico 2, na relação entre vítimas e agressores predominam as violências praticadas por pessoas conhecidas, seguidas das realizadas por estranhos e assaltantes. Em sua maioria, pois, as agressões partem de indivíduos que escolheram resolver seus conflitos e diferenças por meio da violência física. Tal comportamento reforça cotidianamente uma cultura da agressão, intransigência e do não diálogo. Num ciclo perverso, a violência dela se sustenta e por meio dela ganha sentido. Tal fato talvez explique o percentual também elevado de pessoas que não se conhecem, mas que, num único contato, foram capazes de se agredir a ponto de precisarem de atendimento médico. Os assaltos constituem uma prática duplamente violenta: o assalto em si e a agressão física. Nestes casos, observam-se tanto as agressões espontaneamente praticadas pelo assaltante como aquelas em resposta a alguma reação da vítima ao assalto.

A via pública foi o local de maior ocorrência dessas violências (56,4% no Hospital 2 e 61,8% no Hospital 1), seguida de estabelecimentos como bares, lojas, boates, ônibus e escolas. A maioria das agressões ocorreu no mesmo bairro ou em bairro próximo à moradia da vítima, o que indica a convivência cotidiana com as práticas violentas.

Os principais especialistas envolvidos no atendimento dessas violências foram, seguindo a ordem de freqüência: o acadêmico, o ortopedista, o cirurgião e o dentista. No Hospital 1, dos atendimentos, 12% envolveram mais de um especialista; no Hospital 2, 20,7%.

Tentativas de Suicídios

Das pessoas que tentaram suicídio e foram socorridas no Hospital 1, 4 eram do sexo masculino e 1 do sexo feminino. Destas, havia um adolescente (rapaz de 17 anos). Das 21 vítimas socorridas no Hospital 2, 11 eram do sexo masculino e 10 do sexo feminino. A maioria (8) era adolescente (3 rapazes e 5 moças); 4 tinham entre 20 e 29 anos; 6, entre 30 e 39 anos; 1 com mais de 40 anos; e 2 com idade ignorada.

Tomar veneno foi o meio mais usado para tentar o suicídio. A ingestão de 'chumbinho', um poderoso raticida, foi observada em 10 casos (todos no hospital da Zona Norte – Hospital 2). Outro meio comumente utilizado foi a ingestão de 'remédios' (lexotan, diazepan, 'calmantes' e até grandes quantidades de 'aspirina com novalgina'). Também foi verificado o uso de 'coquetéis' de drogas e 'remédios' (como bebidas alcoólicas, cocaína e lexotan). Tentativas 'mais dramáticas', tais como cortar os pulsos ou jogar-se de um prédio, totalizaram 5 casos. Um homem ateou gasolina e fogo no próprio corpo, morrendo ao chegar ao hospital.

Quando verbalizados, os motivos alegados pelos adolescentes e jovens diziam respeito a conflitos familiares ou rompimento com namorado(a). Os adultos relataram problemas conjugais e/ou financeiros.

O tempo de permanência desses indivíduos na unidade de emergência variou entre 2 horas e mais de 3 dias. A observação de campo e a análise dos boletins, em ambos os hospitais, indicaram que a maioria das pessoas 'ganhou alta' tão logo houve condições clínicas para tal. Em outras palavras, as pessoas que tentaram se matar foram socorridas clinicamente e... mandadas embora (até a próxima tentativa ou o sucesso do intento). Ironicamente, a cerca de 30 metros da emergência, na porta do Hospital 2, vários camelôs vendiam, entre diversas quinquilharias, o mortal 'chumbinho'.

O comportamento das pessoas que tentaram suicídio indicava uma forte depressão: o olhar vazio ou dormindo sempre, o corpo virado para a parede e enrolado em cobertas. Os profissionais falavam baixo, "aquele tentou se matar", demonstrando reconhecer uma tristeza que não merecia ser alardeada (o que falar ou 'aconselhar' para quem quer se matar?). Melhor o silêncio. Noutras situações, comentários do tipo "não tem juízo e vem dar trabalho" evidenciam o despreparo para lidar com o problema.

Em pesquisa qualitativa feita com 140 jovens de 15 a 24 anos, constatou-se que há uma demanda requisitando que os profissionais de emergência fossem melhor treinados para lidar com jovens que tentaram suicídio, oferecendo-lhes não somente o atendimento clínico, mas algum apoio (Coggan, Patterson & Fill, 1997).

Estudo feito no hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (Grzybowski, 1997) mostra experiências e indica algumas 'pistas' para um atendimento breve na emergência. Tornou-se evidente a necessidade de pelo menos um atendimento, antes da alta, com um psicólogo ou psiquiatra no próprio serviço de emergência. Cabe indagar se essas pessoas não precisariam ter, antes da 'alta', uma garantia de encaminhamento para um atendimento ambulatorial com profissionais de psicologia. Os serviços de auto-ajuda, como Neuróticos Anônimos, Centro de Valorização da Vida,

entre outros, não poderiam ser indicados e funcionar como um suporte? Além disso, a tentativa de suicídio entre adolescentes pode indicar violência doméstica, o que também demandaria uma análise, ainda que mínima, do problema.

Violência Doméstica Contra Mulheres

Em artigo anterior (Deslandes, Gomes & Silva, 2000), analisamos 72 atendimentos (21 no Hospital 1e 51 no Hospital 2) de mulheres que tinham 15 anos ou mais e que foram vítimas de violência doméstica. Estas mulheres foram agredidas principalmente por maridos, namorados ou companheiros em 69,4% dos casos, sendo, na maioria, desempregadas ou 'do lar' (39,3%) e tendo entre 20 e 29 anos (46%).

Os golpes desferidos contra as mulheres concentraram-se, sobretudo, na face e cabeça (27 casos), braço e mão (21 casos – a maioria relatou ter usado a mão para proteger a face), no corpo inteiro (10 casos), tórax (4 casos) e membros inferiores (4 casos).

Conhecer a 'geografia' mais comum das lesões numa situação de violência doméstica é importante para o profissional suspeitar diante de casos não declarados. Perciaccante et al. (1999) defendem, em artigo voltado para cirurgiões de face, que as lesões de cabeça, pescoço e rosto podem ser consideradas bons marcadores de violência doméstica contra mulheres. O espancamento (uso de força física) foi o meio mais empregado pelos agressores (70%), seguido da 'agressão com um instrumento' (pau, barra de ferro, porrete) em 21% dos casos. A região dos olhos e das mandíbulas foram as mais atingidas, demandando quase sempre o atendimento de ortopedistas e eventualmente de dentistas e oftalmologistas. Contudo, no Hospital 2, a maioria dos atendimentos (42%) foi realizada exclusivamente por um acadêmico.

Importante notar que todas as mulheres declararam espontaneamente que sofreram violência doméstica (há que se lembrar que muitas não tiveram esta coragem, atribuindo o seu estado a um acidente ou uma queda); num 'desabafo' ou num 'apelo de ajuda', a violência foi declarada e nada aconteceu. Novamente o atendimento delimitou-se a um cuidado médico das lesões – o que é fundamental e deve ser de boa qualidade. Contudo, qual será o apoio que essas mulheres necessitam? Podemos pensar num atendimento que se inicia numa instituição de saúde e que possa estar articulado com outros serviços e instituições (abrigos para momentos de crise, Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher, Conselho Estadual de Direitos da Mulher, serviços de apoio, entre outros já existentes)?

Outro problema é o próprio registro hospitalar que sequer dispõe da rubrica 'violência doméstica'. Essa forma de violência será anotada (eventualmente quando há anotações médicas) como 'agressão' e assim será diluída nas estatísticas médicas. Mesmo nos EUA, onde há uma grande sensibilização social para o problema, com uma vasta gama de serviços de apoio e de defesa dos direitos das mulheres vitimizadas, nem todos os casos atendidos nas emergências são registrados (Davidson, 1996).

Pesquisa de Covington et al. (1995), realizada em um hospital de referência na Carolina do Norte (EUA), mostrou que as anotações médicas nos casos de violência contra mulheres eram feitas de forma precária (o registro hospitalar e as anotações dos médicos nem sempre coincidiam). A maioria dos casos relatados como de lesões

provocadas de forma 'não intencional', no registro hospitalar, eram notificadas nas anotações pelos médicos como de lesões decorrentes de agressões intencionais.

Violência Doméstica Contra Crianças

No período estudado, dez casos de violência doméstica contra crianças puderam ser identificados no Hospital 2 e oito no Hospital 1. Naturalmente, muitos foram declarados como 'acidente', não sendo incluídos nas estatísticas. Um caso exemplar foi o de uma mãe que chegou com um bebê de 6 meses dizendo que o menino, ao se virar no berço, bateu com a cabeça na parede. O bebê apresentava um trauma craniano. Como é vastamente alertado por médicos e pesquisadores da área (Santoro Jr., 1989; Bueno, 1989), os relatos de eventos que não condizem com o tipo de lesão apresentada podem ser um forte indicativo de maus-tratos.

Segundo as declarações dos acompanhantes, a absoluta maioria teve como 'agressor' um irmão mais velho que, em brincadeiras/lutas/brigas, acabou machucando a criança. Inicialmente relutamos em caracterizar tais episódios como 'violência doméstica'. Afinal, estes não seriam eventos corriqueiros numa briga de irmãos? Decidimos por incluí-los quando observamos que em outros casos, de jovens de 20 a 25 anos (não contabilizados aqui), também foi declarada a 'agressão entre irmãos'. Contudo, já não eram mais lutas/brincadeiras, mas agressões com porretes ou armas. Haveria, em algumas famílias, 'uma linha contínua' que perpetuaria práticas agressivas intrafamiliares, da infância à idade adulta, e que, portanto, precisaria ser levada em conta?

No conjunto de 18 casos havia 5 atendimentos que, indiscutivelmente, configuravam maus-tratos. Destacamos 3 como exemplares. No primeiro, uma mãe declarou que bateu com uma tábua na mão do seu filho de 10 anos (quebrando-lhe os dedos) porque ele sumiu com uma lata de óleo e ela não teria dinheiro para repor. No segundo, a mãe relatou que seu filho de 3 anos sempre passava os finais de semana na casa da avó. Lá, um 'priminho' de 7 anos, habitualmente, mantinha relações anais com a criança. A mãe teria descoberto, pois o filho resolveu contar "porque dessa vez doía muito". No terceiro e mais grave dos casos, uma mãe chegou com um bebê de três meses já morto. Muito calma e apática, relatou que a criança apresentou crise convulsiva pela manhã e ela a medicou com "fenobarbitol". Como a criança "desmaiou", ela a levou para o hospital. Contudo, a criança apresentava fraturas na clavícula, tíbia e várias equimoses. Quando argüida sobre as fraturas, a mãe disse que havia caído junto com o bebê (a mãe não apresentava nenhuma lesão).

No primeiro caso, percebe-se claramente a 'medida educativa' em bater nas mãos que supostamente roubaram a lata de óleo (esse tipo de castigo corporal é muito antigo e atravessa outras culturas). Não caberia um acompanhamento de orientação a essa mãe (que também expressou passar dificuldades financeiras sérias) sobre as conseqüências da violência contra as crianças? No segundo caso, não seria necessário saber se foi realmente um 'priminho' que abusou sexualmente da criança? Caso tenha sido, como este primo de 7 anos 'aprendeu' tais comportamentos? Também pode ter sido vítima de abuso sexual, e, portanto, não precisaria de atenção urgente? Ambas as crianças (e famílias) não necessitariam de acompanhamento mais adequado? No terceiro caso,

ainda que nada pudesse ser feito pelo bebê morto, não caberia acompanhar essa mãe, pois ela pode ter (ou vir a ter) outros filhos e eventualmente repetir o abuso? Novamente, nos parece necessária a articulação do setor de emergência com demais serviços da rede pública e com organizações não-governamentais que atendem as vítimas da violência doméstica e seus familiares. Cabe lembrar que a parceria com os Conselhos Tutelares precisaria se transformar em realidade e os serviços existentes e atuantes configurar uma 'rede' de atuação.

Registro e Notificação como Elemento para Prevenção

Nos dois hospitais estudados, os registros e as notificações das situações de violência doméstica contra a criança e o adolescente mostraram-se absolutamente precários (e provavelmente também o são nos demais hospitais). Os profissionais de saúde demonstram uma grande relutância em assumir uma notificação de maus-tratos. Tal resistência é fundamentada em: 1) experiências negativas anteriores vividas ou relatadas (em que o próprio profissional foi perseguido pelos familiares ou teve de prestar depoimentos incontáveis vezes); 2) receio de a criança ser enviada para a 'Funabem', ou qualquer instituição pública, causando-lhe maiores danos; 3) visão de que se trata de 'um problema de família', não sendo de responsabilidade de uma 'instituição de saúde'; (d) temor de 'estar enganado' e notificar uma 'suspeita infundada'.

A implementação da rotina de notificação compulsória dos maus-tratos no município e no estado representa um avanço considerável. Observamos que ainda se mostra relevante discutir como se constitui a dinâmica de responsabilidade institucional para a notificação dos casos. Se, por um lado, é de responsabilidade profissional tal notificação (ética e legalmente), por outro, a instituição também precisaria proteger e apoiar esta conduta profissional.

Ainda carecemos da consolidação de mecanismos sociais (e da atuação dos já existentes) para que a 'notificação' não signifique 'denúncia' no sentido repressivo e policialesco do termo. Notificação deveria significar, na prática, uma garantia de que a criança/adolescente e sua família terão apoio de instituições e profissionais competentes.

Nesse intuito, uma boa estratégia poderia ser a de estabelecer um contato mais direto com o Conselho Tutelar de sua área, conhecendo melhor o trabalho desenvolvido e atuando em parceria. A divulgação e o incentivo de iniciativas como a do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, do Hospital Universitário da UFRJ, que desenvolve um atendimento ambulatorial para acompanhar as crianças e famílias que vivenciam o problema dos maus-tratos, poderia ser um excelente recurso de mobilização (Ferreira et al., 1999).

Se a violência doméstica contra crianças causa uma grande comoção, mobilizando profissionais a notificar o caso visando a proteger a criança de novos abusos, a violência doméstica contra a mulher não desfruta de tal apelo. A "mulher que apanha do marido" nem sempre desperta solidariedade ou iniciativas de proteção. Muitos preconceitos existem, tendo como base a crença de que a própria vítima tem uma certa 'culpa'. Decerto, ainda há muito que se trabalhar na percepção dos profissionais de saúde,

sensibilizando-os para a situação do feminino, discutindo e conhecendo melhor a dinâmica da violência conjugal para poder despertar uma perspectiva de apoio.

O registro desses casos não desfruta do mesmo caráter de 'obrigação legal' que o Estatuto da Criança e do Adolescente exige ao profissional de saúde. Assim, o registro raramente acontecerá. O registro hospitalar, quando solicitado para quaisquer ações legais movidas pelas mulheres, limita-se a confirmar que "no dia tal foi realizado um socorro médico", sem maiores detalhes sobre a agressão sofrida.

O registro policial também nem sempre é realizado. Entre outros motivos porque não é, em momento algum, estimulado a ser feito. É visto por muitos policiais como uma 'perda de tempo' (porque a mulher se arrependeria e retiraria a queixa). Os policiais de plantão no hospital são de delegacias de bairro, não havendo nenhum representante ou um contato mais direto com as Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher. Quando feito o registro, não há orientação quanto ao exame de corpo delito.

Obviamente, a mulher vitimizada tem o direito de não querer notificar, caso seja essa a sua vontade. Contudo, caso ela deseje usufruir o direito de registrar a queixa, não precisa ser amparada? Mesmo não querendo notificar o caso, não seria viável disponibilizar a ajuda dos serviços de apoio à mulher vitimizada?

No caso das tentativas de suicídios, não cabe uma 'notificação'. Contudo, o registro hospitalar, se realizado com qualidade, poderia servir para identificar os casos reincidentes que demandariam uma atenção diferenciada.

O registro detalhado, com base na escuta do relato das vítimas de agressões, permitiria identificar os tipos de contextos sociais em que mais ocorrem as violências contra adolescentes, jovens e adultos. Este seria um precioso 'mapa' que poderia informar (ou confirmar) onde os distintos setores públicos deveriam agir para promover o resgate da cidadania (e o direito à vida) desses grupos mais vulneráveis.

Nos EUA, há um exemplo interessante, proveniente do estado de Massachusetts. Desde 1989, existe um sistema de registro para os atendimentos feitos às vítimas de agressões por armas de fogo e que funciona em todas as 85 emergências do estado. É o Weapon-related injury surveillance system (WRISS). Esse sistema registra dados como sexo, idade, etnia, local de residência e do incidente, características do evento, tipo de arma usada, suspeita de uso de álcool ou outras drogas, severidade da lesão, relacionamento entre vítima e agressor e circunstâncias desencadeantes da agressão (MMWR, 1995). Os dados do WRISS têm sido utilizados também por outros estados americanos para: subsidiar grupos de prevenção à violência; orientar planejadores; elaborar materiais didáticos, palestras e treinamentos de profissionais; proporcionar argumentos para os hospitais obterem fundos para programas de apoio às vítimas; planejar materiais educativos para a prevenção e treinar médicos em cursos de residência e pós-graduação.

Entendemos que uma atuação preventiva no âmbito da emergência tem de se adequar às características do próprio serviço. Trata-se de uma dinâmica de atendimento que exige rapidez e atitudes imediatas, provocando grande estresse, já que há uma demanda sempre maior do que o contingente de profissionais disponíveis, e contínua mudança de equipes (dificultando a comunicação e troca de impressões entre os pro-

fissionais que iniciaram e os que vão dar continuidade ao atendimento). Por tais motivos, a consolidação de 'rotinas' de atuação pode ser um importante apoio para a ação dos profissionais. Por exemplo, num caso de tentativa de suicídio, quais os profissionais que podem, de imediato, fazer um atendimento de 'suporte'? Provavelmente não se dispõe, em todas as equipes, de um psicólogo ou psiquiatra. Então, como se portar nesses momentos de crise para, pelo menos, não piorá-la? No atendimento ambulatorial esse profissional existe? Seria possível esse paciente fazer, antes da alta, uma consulta? Esse paciente poderia ser agendado no atendimento ambulatorial para iniciar um acompanhamento? Caso não se disponha desse tipo de atendimento no ambulatório do hospital seria possível encaminhar (já agendando) para outro da rede? Existem serviços de apoio (filantrópicos, não-governamentais) que poderiam ser envolvidos para atender esse indivíduo?

A 'rotina' de cada serviço só pode ser pensada por aqueles profissionais que irão realizá-la. Contudo, a equipe de serviço social poderia desempenhar um papel-chave na articulação com os demais serviços da rede SUS, com as organizações governamentais e não-governamentais que atendem cada problema específico, viabilizando um trabalho de referência. Criar 'listas' atualizadas dos serviços atuantes e promover reuniões com representantes dessas organizações talvez fosse de grande ajuda. Essa iniciativa poderia ser apoiada pelas secretarias de Saúde e Bem-Estar Social, no sentido de tornar pública a lista de serviços disponíveis e de se criarem convênios de cooperação técnica entre os hospitais e tais instituições.

De fato, não possuímos as mesmas condições de atuação que desfrutam as emergências de países como os EUA. Lá, há uma farta rede composta pelos tradicionais serviços de referência, tais como grupos de advogados especializados na defesa dos direitos da mulher vitimizada, grupos de apoio à mulher, grupos de proteção à criança e aos idosos, de apoio aos pais cujos filhos foram assassinados, grupos de apoio a sobreviventes de tentativas de homicídios e de orientação a agressores. Além dessas referências, muitas emergências oferecem atividades de apoio para pessoas em momentos de crise, aconselhamento religioso, linhas telefônicas de ajuda (*hot line*), psicoterapia individual, familiar e grupal, treinamento para o controle da raiva e para resolução de conflitos (Edelman & Satcher, 1993; Bell et al., 1994).

Apesar dessa diferença significativa de recursos entre as emergências brasileiras e as de outros países, contamos com a necessidade premente de atuar, o que impulsiona nossa criatividade e, quem sabe, nossa argumentação crítica para questionar sobre que políticas sociais necessitamos. Precisamos de mais serviços de 'apoio' individual às vítimas, familiares, aos 'sobreviventes' ou de iniciativas de promoção de 'políticas saudáveis', especialmente nas comunidades mais vulneráveis? Decerto necessitamos de todos eles. Mas, qual o equilíbrio que desejamos entre os serviços e as iniciativas de apoio e suporte às vítimas e aqueles voltados ao combate das causas da violência?

Em síntese, pensamos que para se consolidar uma perspectiva de atendimento de emergência às vítimas da violência, capaz de prover os cuidados médicos com a qualidade necessária, e que também inicie uma atuação de prevenção, seria necessário investir, de forma concomitante, em quatro aspectos:

- sensibilização/capacitação dos profissionais de emergência (de todos aqueles que lidam diretamente com o paciente, especialmente os profissionais de enfermagem, ortopedistas, pediatras, neurologistas, cirurgiões, radiologistas, dentistas, oftalmologistas, clínicos gerais e acadêmicos) para o reconhecimento da importância da atuação diante dessas situações;
- criação de rotinas institucionais em casos de agressões, suicídios, violência conjugal e violência doméstica contra a criança e o adolescente (e demais casos de violências), discutindo internamente as responsabilidades e ações dos profissionais das equipes médica, de enfermagem, de serviço social, a fim de que seja desencadeada uma ação de suporte às vítimas;
- melhoria da comunicação com outros serviços e setores, integrando uma rede de prevenção;
- melhoria do registro hospitalar dos casos de violências a fim de subsidiar o planejamento de ações futuras.

Naturalmente, as ações que valorizem as opiniões e as experiências dos profissionais envolvidos, a participação dos serviços de saúde mental e serviço social, a comunicação e cooperação entre setor de emergência, ambulatório e enfermarias e o registro hospitalar (informatizado, sistemático e de forma continuada) são suportes necessários à atuação da emergência no atendimento às vítimas de violências.

Os comentários e especulações feitos, embora tenham o intuito sincero de contribuir para uma perspectiva de atuação diante da violência, não podem ser tomados como receituário. Nossa expectativa é que tais reflexões sejam criticadas, reelaboradas ou mesmo rejeitadas pelos profissionais dos serviços, a fim de que o debate possa subsidiar ações concretas e compatíveis com a realidade dos hospitais.

Vale reafirmar que os serviços de saúde não são a solução para o problema da violência. Podem, sim, apoiar a criação e a articulação entre iniciativas existentes, podem até mesmo ser os pólos que desencadeiem uma atuação em rede, como defendemos em nosso trabalho. Os profissionais de saúde também podem participar e reforçar a legitimidade de redes comunitárias que envolvam sistemas legais, setores governamentais, delegacias especializadas, igrejas e organizações de distintos credos, grupos comunitários, organizações não-governamentais. Tais iniciativas são potencialmente criadoras, em nível local, de mecanismos de suporte social às vítimas e de diminuição da violência (Hartigan, 1997). Entretanto, espera-se, sobretudo, que os serviços de saúde e seus profissionais não sejam os agentes de uma violência institucional, que assume tantas formas, cimentando a banalização da vida e o desrespeito pelo outro, justamente quando a pessoa mais precisa de escuta, acolhida e solidariedade.

Algumas iniciativas importantes já começam a se afirmar, como a do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Escola Paulista de Medicina e Sindicato dos Médicos do Estado que, juntos, se engajaram na luta contra a violência, lançando a campanha intitulada Uso Branco pela Paz. Esse coletivo assumiu vários compromissos, dentre eles, lutar contra a omissão e o silêncio diante da violência; alertar quanto aos custos médicos e sociais da violência; exigir que o poder público invista em recursos para criar redes integradas entre serviços de pronto-socorro, resgate, urgência, emer-

gência, ambulatórios e enfermarias; valorizar a notificação e o registro; instruir a formação do médico e dos profissionais de saúde para o atendimento das vítimas de violências; definir estratégias de prevenção (CRMES et al., 1998).

Prevenir a violência demanda, invariavelmente, alianças, articulações, diálogos e o exercício da 'escuta' profissional. O maior aliado para enfrentar esse problema é a negociação, a compreensão e a humanização das relações pessoais e organizacionais.

Notas

1 Conforme Luz e et al. (1992), a racionalidade médica é uma categoria operacionalmente definida como um sistema lógica e teoricamente estruturado, composto por cinco elementos teóricos fundamentais: 1) uma morfologia ou anatomia humana; 2) uma fisiologia ou dinâmica vital humana; 3) um sistema de diagnósticos; 4) um sistema de intervenções terapêuticas; 5) uma doutrina médica. Esses elementos são englobados por uma cosmovisão que, no caso da medicina ocidental contemporânea, ou biomedicina, está centrada na razão moderna e na ciência (Camargo, 1998).

À Guisa de (In)Conclusões

Contrariando a tradição cientificista, findamos o trabalho colecionando mais perguntas que respostas. Nossas afirmações não pretendem se vestir de verdade (nem mesmo provisórias). Formulamos interpretações possíveis, baseadas em uma dada trajetória teórico-metodológica e em nossa biografia como sujeito social. Por estas interpretações nos declaramos absolutamente responsáveis. Certamente, tivemos na solidão da redação deste livro a parceria de vários autores, outros tantos intelectuais, companheiros de trabalho, de inquietações e os sujeitos da pesquisa, que tanto nos influenciaram com suas experiências e reflexões. A todos devemos muito.

Tentamos, enfim, neste 'epílogo', organizar nossas principais impressões. Iniciamos por algumas indagações que são focos de debate. Começaremos, cartesianamente, pelas mais gerais para chegar às mais específicas. Em seguida, subverteremos esta lógica, buscando retratar outras facetas de nosso objeto de reflexão.

Talvez, a pergunta de abertura seja: qual o perfil e o destino reservado às emergências? Entender o embate entre a lógica médica, que tenta selecionar 'emergências' e 'urgências' através de crivos, e as 'escolhas' da população por um serviço que, em alguma medida, personalize resolutividade, é apenas um início dessa resposta.

Se em vários países a emergência constitui a 'porta lateral' das populações pobres, no Brasil ela é muitas vezes a única porta vislumbrada. Ineficácia de uma estrutura que pressupõe hierarquização, descentralização e eqüidade ou outros desejos e demandas dessa população ainda não compreendidos? Todos estes aspectos, decerto. Por um lado, a dificuldade de conseguir atendimento na rede básica e a falta de vínculos com os serviços locais são uma realidade. Por outro, um conjunto de expectativas criadas pela mídia e pelo mercado de serviços privados imprime novas demandas: atendimento de especialistas, exames mais complexos e medicamentos. Se a conformação do sujeito na sociedade contemporânea passa pela condição de consumidor, como esperar que essas novas demandas não se inscrevam na relação da clientela com os serviços? Todavia, neste conjunto de questões não exploradas, a compreensão do sentido que a população atribui à urgência/emergência de suas próprias necessidades parece-nos crucial. A vivência de dor e sofrimento dá a tônica desta insubordinada exigência de um atendimento urgente.

As esperadas respostas dadas a tais dilemas, como melhoria dos serviços básicos, oferta de serviços comunitários e hierarquização desses serviços em níveis de complexidade para o atendimento de emergência, infelizmente ainda figuram como propostas. Implementadas de forma irregular, ainda não foram submetidas à prova do cotidiano. Podemos dizer, então, que a emergência vivencia as muitas contradições do sistema de saúde.

Contradição ou paradoxo, o processo de trabalho que o serviço de emergência impõe aos seus profissionais vai sobrepor, simultaneamente, estresse e uma dimensão de realização, de competência, de auto-estima. Trata-se de um equilíbrio tênue, uma elasticidade tensa que confere certa dramaticidade ao trabalho. Num processo de trabalho cujos limites são a vida ou a morte de pessoas, na medida em que as condições dadas se revelam precárias e o próprio profissional tenha de resolver problemas decorrentes da falta de racionalização desse processo de trabalho, esse trabalhador se revestirá de uma 'couraça' composta de frieza e distanciamento para suportar o próprio sofrimento de 'saber o que fazer', mas não 'ter as condições de fazer'. Essa frieza defensiva inevitavelmente significará desapego ao paciente. Portanto, como em nosso país o óbvio precisa ser enfatizado incansavelmente, evidencia-se a necessidade de uma política contínua de valorização desse profissional.

Tal valorização pode ser concretizada de várias formas, desde a mais direta, com melhoria de salários, até, por exemplo, procurar estabelecer uma gestão que harmonize a 'autoridade' administrativa com escuta das opiniões dos profissionais, realizando alianças cotidianas, com maior dinâmica de capacitação contínua, maior reconhecimento de pequenos emblemas, tão caros ao prestígio profissional de cada categoria, além de, sobretudo, uma busca permanente de canais pelos quais os profissionais possam opinar, avaliar e sugerir modificações sobre o processo do próprio trabalho. Assim, quem sabe, a negociação do processo de trabalho possa prescindir de expedientes corporativos como 'esquemas' e 'morcegagens' que prejudicam tanto os profissionais como a clientela.

Retomando a pergunta inicial, sobre o perfil e o destino das emergências, percebemos como estão atrelados aos desafios que a violência representa. À primeira vista, não há nenhuma incompatibilidade simbólica entre o atendimento, o perfil e a vocação da emergência com relação à demanda (técnica) que a violência delimita. Ao contrário, essas vítimas – 'feridos', 'politraumatizados' – representam o que há de mais 'genuíno' da vocação de um serviço de emergência, constituindo instigante desafio técnico e um amplo campo de práticas, já que muitas vezes as lesões revelam, com clareza, os limites do conhecimento médico atual, apontando caminhos para novos investimentos técnico-científicos.

Contudo, para além dos limites demarcados pela intervenção médica e dos cuidados às lesões, situam-se as fronteiras dos conflitos originados de incompatibilidades e desencontros. Todo um conjunto de comportamentos e atitudes, modelados por uma formação acadêmica e reforçados pela cultura organizacional centrada em um modelo médico profissional, leva esses profissionais a não reconhecerem como legítimos os sentimentos, as vivências e as expectativas daqueles que foram submetidos à hospitalização de forma abrupta e involuntária.

Resgatar a ótica desses usuários sobre a experiência de hospitalização nos parece, portanto, condição vital para redimensionar a centralidade deste objeto de trabalho, o sujeito-humano que constitui (ou deveria constituir) o eixo central do trabalho médico e de saúde. Relembrar o *status* de pessoa e reconhecer a alteridade dos usuários é necessidade tão antiga quanto urgente. Ignorar tal tarefa é imputar uma forma de violência cruel, sutil e permanente em todas as relações que mediam esse atendimento. Pensamos que

não se trata apenas de 'humanizar' esse atendimento. O jargão de humanização abarca dezenas de leituras, algumas paternalistas e até mesmo autoritárias – tudo em nome do bem-estar desse paciente implícito. Talvez se trate de resgatar a alteridade cultural, o espaço de comunicação e a compreensão das diferenças de visões e anseios que sempre estarão presentes na relação entre profissionais e usuários.

Assim, diante de uma escassa comunicação entre as necessidades e expectativas dos profissionais e as dos usuários, face às condições precárias de assistência, a violência se estabelece também como um campo de interações possíveis. Revela-se nua e crua, como expressão das relações entre profissionais e clientela, dando a dimensão da complexa relação entre a impotência/prepotência dos profissionais e a revolta e desespero da população. Dessa maneira, todas as contradições estruturais e conjunturais do atendimento oferecido ao público tomarão corpo nessa arena, elegendo seus ingênuos e irados gladiadores.

Ao mesmo tempo em que circunscritos e fortemente referenciados por uma cultura organizacional específica, cuja máxima se expressa em "agir rápido para salvar vidas", os profissionais dos serviços de emergência não estão imunes à reprodução de preconceitos e rancores socialmente solidificados. Por vezes, revelam discriminação contra aqueles que se encontram socialmente mais vulneráveis (pobres, negros, idosos, favelados, moradores de rua), sujeitos a rótulos de marginalidade e a um baixo reconhecimento do valor social de suas vidas. Cria-se uma tensão entre a vocação de salvar vidas e a tendência a um julgamento moral e social que determine quais serão mais merecedores dos cuidados médicos. Tais escolhas, evidentemente, podem envolver a vida e a morte dos que estão à sua mercê.

Indubitavelmente, a violência e seus diversos protagonistas põem em tela, em especial no contexto da emergência, dilemas ético-morais de várias ordens, dos pertinentes à conduta dos profissionais aos desenhados pela sociedade, seja quando se imputam rótulos de criminalidade à parcela mais pobre da população, seja quando essa mesma sociedade, por meio dos políticos e gestores, se cala diante da precariedade das condições de assistência, configurando um cenário de escassez. Os limites dessa escassez de recursos serão um álibi para que alguns realizem julgamentos seletivos e excludentes.

Em síntese, a violência no cotidiano dos serviços de emergência assume múltiplas formas, como:

- condições vis de atendimento oferecidas à população, exigindo que esta peregrine por diversos serviços, quase suplicando atendimento;
- um modelo de atendimento que despersonaliza, ignora e coisifica o usuário;
- um processo de trabalho que impõe doses consideráveis de sofrimento aos seus trabalhadores, seja pela própria natureza da atividade (lutar contra a morte e a incapacitação), seja pelas condições que lhes são impostas em determinados processos de gestão;
- uma demanda de atendimento que, pela gravidade das lesões, vai significar um desafio técnico, uma possibilidade de avanço do conhecimento. Esse fator 'positivo', contudo, representará um elemento a mais de tensão, caso as condições de trabalho sejam desfavoráveis;

- uma forma de interação entre profissionais e clientela, quando estes se tornam oponentes, muitas vezes chegando ao confronto corporal;
- reprodução de preconceitos e estigmas sociais que servirão, muitas vezes, de critérios seletivos para a qualidade da atenção dispensada;
- omissão de ajuda às vítimas da violência que, sabidamente, estarão novamente à mercê das mesmas agressões e condições que as levaram a necessitar do serviço de emergência.

Se a emergência é, como vimos, um serviço de saúde dos mais privilegiados no contato com os atores da violência (vítimas/agressores), como esperar que seus agentes não se sintam, para usar a expressão de uma das entrevistadas, apenas os "costuradores de caquinhos"? Como compreender essa exterioridade? E como criar condições para que esse serviço passe a significar o início de uma atuação capaz de oferecer ajuda às vítimas de violências e prevenção a esses atos?

Decerto, parece relativamente mais fácil compreender a 'recusa' e a exterioridade dos profissionais de saúde diante de uma possível atuação. Até então, principalmente no nível da assistência, tal enfrentamento pareceu uma demanda exótica frente ao quadro de atribuições reconhecido pelo profissional como sendo seu. Como muitos já disseram, os serviços de saúde, especialmente as organizações hospitalares, sempre foram 'serviços de doença' voltados para a cura ou o restabelecimento orgânico dos doentes. Numa suposta divisão ampliada do trabalho médico, caberia aos serviços básicos de saúde a tarefa de prevenção. Portanto, repensar o papel de promoção à saúde em cada serviço é uma tarefa nova.

Até mesmo no terreno ampliado da saúde coletiva, a violência ainda exige leituras que incorporem a complexidade do tema. Faz-se mister, portanto, articular as leituras históricas e socioantropológicas da violência, superando dialeticamente os limites das 'variáveis' meramente quantificadoras e incorporando a leitura epidemiológica em uma perspectiva de interpretação estratégica e interdisciplinar. Assim, há necessidade de análises que sejam capazes de dimensionar a magnitude do problema; identificar suas vítimas mais vulneráveis; incorporar a dimensão do significado e da vivência dos vários atores das diversas formas de violência; focar a especificidade das situações apresentando possibilidades de agir; articular as questões estruturais e conjunturais; propor criativamente novos ângulos de interpretação, bem como novas propostas de atuação.

Certamente, conclamar por uma atuação que inicie o suporte às vítimas e a prevenção a novas violências no âmbito dos serviços é criar atribuições que ultrapassam a ação médica e são estranhas a essa racionalidade. Uma vez que se desloca a centralidade dessa ação sob o argumento da importância de uma ação de saúde mais ampliada, não se coloca em xeque a própria supremacia médica diante desses outros profissionais que provavelmente teriam papel de destaque? Ou melhor, como esperar uma atuação mais cooperativa entre os profissionais ligados ao atendimento médico e ao atendimento social para a identificação das vítimas e o desencadeamento de uma ação?

Não temos respostas. Arriscamos dizer que a fórmula "treinamento e capacitação" não será suficiente, a menos que haja um debate corajoso sobre temas como a racionalidade médica, seus limites, o modelo de atendimento e a cidadania (a que se impõe hoje e a que queremos).

Uma vez sensíveis e abertos, reconhecendo a necessidade e a contribuição que é possível oferecer, novos desafios se insurgirão para esses serviços e seus agentes. Talvez o maior deles seja o de ter, necessariamente, de fazer parcerias, acordos de cooperação e vínculos interinstitucionais com as tantas organizações governamentais e não-governamentais que tentam, apesar das dificuldades, prestar apoio às vítimas de violências. Essas alianças, além de possibilitarem atendimento mais ampliado, poderiam significar a consolidação de uma rede de ação, assim como emprestar maior legitimidade política a essas organizações parceiras, ajudando a visualizar a necessidade social de criação de outras organizações. Novidade para nós, rotina em outros países.

Naturalmente, tais sugestões, movidas por um sentimento de comprometimento, forjado ao longo de mais de dez anos de atuação nessa área, não são nada mais que isso: desejo e compromisso de transformar uma realidade. Na verdade, muito há que se debater com aqueles diretamente envolvidos na assistência para que se possa estabelecer o possível, o desejado e, quem sabe, o impossível que se deseja. Esperamos estar contribuindo, com este livro, para fomentar esta discussão e esta utopia.

Como dissemos, temos poucas certezas, muitas perguntas. Uma dessas certezas escassas é a de que se o setor saúde claudica ou adia a compreensão de seu papel, acomoda-se contando as vítimas da violência, reparando suas lesões e lamentando suas seqüelas (e os custos em repará-las), então teremos um ônus histórico intenso e amplo. Por outro lado, a reflexão sobre a violência, em toda a sua complexidade, contém um campo de possibilidades muito interessantes. Ela pode representar um espaço para que posturas e propostas não hegemônicas ganhem lugar e se afirmem. Como, por exemplo, ver a saúde como espaço de "positividade" (numa leitura nietzschiana laica), isto é, como "capacidade social de gozar a vida", de "ter qualidade de vida", com a coragem de pleitear essas pautas de maneira eqüitativa, justamente num cenário de profunda desigualdade social, de corrupção de valores e de banalização da dor e sofrimentos de tantos *outros.*

Seria tolo ou megalomaníaco pensar que o enfrentamento da violência é tarefa exclusiva da saúde. Seria igualmente tolo dizer que não é sua essa tarefa. A articulação com as políticas públicas, movimentos sociais, organizações e setores que buscam superar essa cultura da violência e suas inevitáveis conseqüências tem sido contínua e vem envolvendo profissionais e organizações de saúde em nosso país. Esse é um movimento de construção de diálogo, confiança e parceria. Estamos falando de 'apostas', de uma práxis em saúde. Estamos, sem pudores, falando de uma utopia, ou seja, um *u topos*, um *não lugar.* Possível porque desejado.

Referências Bibliográficas

AGAR, M. *The Professional Stranger: an informal introduction to ethnology*. Londres: Academic Press, 1980.

ALL SOP, J. & MULCAHY, L. Maintaining professional identity doctor´s responses to complaints. *Sociology of Health and Illness*, 20(6):802-824, 1998**.**

ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia sem Números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica.* Rio de Janeiro: Campus, 1990.

ALMEIDA, J. L. T. & SCHRAMM, F. R. Transição paradigmática, metamorfose da ética médica e emergência da bioética. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(supl. 1):15-26, 1999.

ALSPACH, G. Nurses as victims of violence. *Critical Care Nurse*, 13(5):13-14, 1993.

ALVES, P. C. & RABELO, M. C. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde-doença. In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (Orgs.) *Antropologia da Saúde: traçando identidades e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Relume Dumará, 1998.

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3):263-271, 1993.

ANDRÉN, K. G. & ROSENQVIST, V. Heavy users of an emergency department: psycho-social and medical characteristics, other health care contacts and the effect of a hospital social worker intervention. *Social Science and Medicine*, 21(7):761-770, 1985.

ANGLIN, D.; KYRIACOU, D. N. & HUTSON, H. R. Residents´perspectives on violence and personal safety in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 23(5):1082-1084, 1994.

ANTUNES, J. L. F. *Hospital – instituição e história social*. São Paulo: Letras e Letras, 1991.

AQUINO, E. M. M. L. L. *Socorro: quem precisa disso? Um estudo sobre usuários de serviços de emergência no município do Rio de Janeiro*, 1987. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

AVIS, M.; BOND, M. & ARTHUR, A. Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics. *Social Science and Medicine*, 44(1):85-92, 1997.

BACHELARD, G. *Epistemologia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

BAKER, L. C. & BAKER, L. S. Excess cost of emergency department visits for nonurgent care. *Health Affairs*,162-171, 1994.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

BECKER, H. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec, 1993.

BELL, C. C. et al. Response of emergency rooms to victims of interpersonal violence. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(2):142-146, 1994.

BERREMAN, G. D. Por detrás de muitas máscaras sociais: etnografia e controle de impressões numa aldeia do Himalaia. In: ZALUAR, A. (Org.) *Desvendando Máscaras Sociais.* Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980.

BIROLINI, D. *Emergência nacional*. In: Semana Nacional do Trauma, 1999, São Paulo. (Mimeo.)

BLOOR, M. et al. HIV – related risk practices among Glasgow male prostitutes: reframing concepts of risk behavior. *Medical Anthropology Quartely*, 7(2):152-169, 1993.

BOSSAERT, L. L. The complexity of comparing different EMS systems: a survey of EMS systems in Europe. *Annals of Emergency Medicine*, 122:122-125, 1993.

BOURDIEU, P. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, R. (Org.) *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Editora Ática, 1994. (Coleção Grandes Cientistas Sociais)

BOURDIEU, P. *Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BOURDIEU, P., CHAMBOREDON, J. C. & PASSERON, J. C. *El Oficio del Sociólogo*. Madri: Siglo Veintiuno, 1986.

BOURDIEU, P. & PASSERON, J. C. *A Reprodução*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de enfrentamento às emergências e traumas.* Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências*. Portaria MS/MG nº 737, 16 mai. 2001. Brasília: Diário Oficial, nº 96, seção 1E, 2001.

BREILH, J. *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación*. Quito: Ediciones Ceas, 1995.

BRUCE, T. A.; BROWMAN, J. M. & BROWN, S. T. Factors that influence patient satisfaction in the emergency department. *J. Nurs Care Qual*, 13(2):31-37, 1998.

BUCK, C. Después de Lalonde: la creación de la salud. In: *Promoción de la Salud: una antologia* (OPS). Washington: OPS, 1996.

BUENO, A. R. Vitimização física: identificando o fenômeno. In: AZEVEDO, M. A. & GUERRA, V. N. (Orgs.) *Crianças Vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu, 1989.

CAMARGO JR., K. R. Medicina, médicos, doenças e terapêutica: exame crítico de alguns conceitos. *Estudos em Saúde Coletiva* (Instituto de Medicina Social/Uerj), 170, dez. 1998.

CAMPOS, J. Q.; FERNANDES, A. & ROZENBOJM, J. *Assistência Médico-Hospitalar no Brasil.* São Paulo: Instituto de Estudos dos Problemas Contemporâneos da Comunidade, 1986.

CAPRARA, A. & FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(3):647-654, 1999.

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares.* Porto: Afrontamento, 1993.

CARDIA, N. O medo da polícia e as graves violações dos direitos humanos. *Tempo Social. Revista de Sociologia da USP*, 9(1):249-264, 1997.

CARNEIRO, P. Para medir a violência. In: PANDOLFI, D. C. et al. (Orgs.) *Cidadania, Justiça e Violência*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

CARVALHO, A. I. Da saúde coletiva às políticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1(1):104-121, 1996.

CARVALHO, R. A. Saúde mental e trabalho, um novo (velho) campo para a questão da subjetividade. In: CODO, W. & SAMPAIO, J. J. C. (Orgs.) *Sofrimento Psíquico nas Organizações: saúde mental e trabalho*. Petrópolis: Vozes, 1995.

CASSORLA, M. S. & SMEKE, E. L. M. Human self-destruction. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(supl. 1):61-73, 1994.

CASSORLA, R. M. S (Coord.) *Do Suicídio*. Campinas: Papirus, 1991.

CAVALCANTI, M. L. T. Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(1):193-200, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 11.451/95. Disponível em: <www.cfm.org.br/ResolNormat/Alfabética/Pronto Socorro.htm>. Acesso em ago. 2000.

CHAUÍ, M. *Convite à Filosofia*. São Paulo: Ática, 1997.

CHERPITEL, C. J. Alcohol and violence-related injuries: an emergency room studies. *Addiction*, 88:79-88, 1993.

CHERPITEL, C. J. Alcohol and injuries resulting from violence: a review of emergency room studies. *Addiction*, 89:157-165, 1994.

CHIZZOTTI, A. *A Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez, 1991.

CICOUREL, A. Teoria e método em pesquisa de campo. In: ZALUAR, A. (Org.) *Desvendando Máscaras Sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980.

CLANCY, T. V. et al. The financial impact of intentional violence on community hospitals. *The Journal of Trauma*, 37:1-3, 1994.

COGGAN, C.; PATTERSON, P. & FILL, J. Suicide: qualitative data from focus group interviews with youth. *Social Science and Medicine*, 45(10):1563-1570, 1997.

COHN, A. Trabalhar no serviço público de saúde: os agentes de saúde e a relação instituição/ clientela. *Cadernos Cedec*, 25, 1992.

CONNORS, M. M. Risk perception, risk taking and risk management among intravenous drug users: implications for Aids prevention. *Social Science and Medicine*, 34(6):591-601, 1992.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (Cremerj). *Resoluções Normativas e Pareceres do Cremerj.* 2.ed. Rio de Janeiro: Daugraf Gráfica & Editora, 1997.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRMES), Associação Paulista de Medicina (APM), Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo (Simesp). *A Epidemia da Violência.* São Paulo, 1998.

COOK, P. J. et al. The medical costs of gunshot injuries in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 228(5):447-454, 1999.

COSER, R. L. The authority and the taking of decisions in a hospital: a comparative analysis. *American Sociological Review*, 23:56-63, feb. 1958.

COVINGTON, D. L. et al. Poor hospital documentation of violence against women. *Journal of Trauma Injury*, *Infection and Critical Care*, 38(3):412-416, 1995.

COYLE, J. Exploring the meaning of dissatisfaction with health care: the importance of personal indentity threat. *Sociology of Health & Illness*, 21(1):95-124, 1999.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(4):701-710, 1999.

DAL POZ, M. R. & MARTINS, M. I. C. A qualificação de trabalhadores de saúde e as mudanças tecnológicas. *Physis*, 8(2):125-146, 1998. (Número temático: Reforma, tecnologia e recursos humanos)

DATASUS. tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em jul. 2000.

DAVIDSON, L. L. Editorial: preventing injuries from violence towards women. *American Journal of Public Health*, 86(1):12-14, 1996.

DAVIDSON, S. M. Understanding the growth of emergency department utilization. *Medical Care*, 16(2):122-132, 1978.

DEJOURS, C. *A Banalização da Injustiça Social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DENZIN, N. K. *The Research Act*. Chicago: Aldine Publishing Company, 1973.

DESLANDES, S. F. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(supl. 1):177-187, 1994.

DESLANDES, S. F. *O Impacto da Violência na Emergência Hospitalar.* Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz). Relatório final de pesquisa, 1997. (Mimeo.)

DESLANDES, S. F.; SILVA, C. M. F. & UGÁ, M. A. O custo do atendimento emergencial às vítimas de violências em dois hospitais do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2):287-300, 1998.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. & SILVA, C. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*. 16(1):129-137, 2000.

DIMOND, B. Violence in the accident and emergency department. *Accid. Emerg Nurs*, 2(3):172-176, 1994.

DOMENACH, J. M. La violencia. In: JOXE, A. (Org.) *La Violencia y sus Causas*. Paris: Unesco, 1981.

EASTERN ASSOCIATION FOR THE SURGERY OF TRAUMA (EAST). Violence in America: a public health crisis: the role of firearms. *The Journal of Trauma*, 38(2):163-167, 1995.

EASTMAN, A. B. et. al. An analysis of the critical problem of trauma center reimbursement. *The Journal of Trauma*, 31:920-926, 1991.

EDELMAN, P. & SATCHER, D. Violence prevention as a public health priority. *Health Affairs*, 123-125,1993.

EPP, J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. In: OPAS (Org.) *Promoción de la Salud: una antología*, Publicación Científica, 557, 25-36, Washington: Opas, 1996.

FAGAN, J. Drugs, alcohol and violence. *Health Affairs*, 12(4):66-79,1993.

FARIA, E. & BRAGA, M. G. C. Proposta para minimizar os riscos de acidentes de trânsito envolvendo crianças e adolescentes. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(1):95-108, 1999.

FARR, R. Representações sociais: a teoria e sua história. In: JOVCHELOVITCH, S. & GUARESCHI, P. (Orgs.) *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.

FERREIRA, A. L. et al. A prevenção da violência contra a criança na experiência do ambulatório de atendimento à família: entraves e possibilidades de atuação. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(1):109-122, 1999.

FOLHA DE S. PAULO. Plantonista vive sob o domínio do medo. São Paulo, 15 jun. 1997. Caderno Cotidiano, p.2.

FOOTE-WHYTE, W. Treinando a observação participante. In: ZALUAR, A. (Org.) *Desvendando Máscaras Sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980.

FOSTER, G. M. & ANDERSON, B. G. *Medical Anthropology*. Nova York: Newbery Award Records, 1978.

FOUCAULT, M. *Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder.* Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANCO, S. *Colombia Contemporánea*. Santa Fé de Bogotá: Lepri e Ecoe Ediciones, 1996.

FREIDSON, E. *Profession of Medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Nova York: Harper & Row, 1970.

FREIDSON, E. *The Hospital in the Modern Society*. Londres: The Free Press of Glencoe, 1988.

FRUMKIN, K. What's in a name? Moonlighting for fun and profit: reflections on the state of emergency medicine: a goal for 2000 and beyond. *Annals of Emergency Medicine*, 120:862-864, 1992.

GADAMER, H. G. *Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes, 1997.

GARBARINO, J.; GUITTMANN, E. & SEELEY, J. M. *The Psychologically Battered Child.* Londres: Jorsey-Bass, 1988.

GARFINKEL, H. *Studies in Ethnometodology.* California: Polity Press, 1974.

GEERTZ, C. From the native's point of view. In : SCWEDER, R. A. & LEVINE, R. A. (Eds.) *Culture Theory Essays on Mind*, *Self and Emotion*. Cambridge: University Press, 1988.

GEERTZ, C. *Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GEMMA, W. R. et al. Emergency services: a systems approach. In: NOBLE, J. H. et al. (Eds.) *Emergency Medical Services: behavioral and planning perspectives*. Nova York: Behavioral Publications, 1973.

GIBSON, G. The social system of emergency medical care. In: NOBLE, J. H. et al. (Eds.) *Emergency Medical Services: behavioral and planning perspectives*. Nova York: Behavioral Publications, 1973.

GIDDENS, A. *A Constituição da Sociedade.* São Paulo: Martins Fontes, 1989.

GIDDENS, A. *Las Nuevas Reglas del Metodo Sociológico.* Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1997.

GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde.* São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

GOOD, B. *Medicine*, *Rationality and Experience: an anthropological perspective.* Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

GRAYDON, J.; KASTA, W. & KHAN, P. Verbal and physical abuse of nurses. *Can. J. Nurs. Adm*., 7(4):70-89, 1994.

GRUMBACK, K.; KEANE, D. & BINDMAN, A. Primary care and public emergency department overcrowding. *American Journal of Public Health*, 83(3):372-378, 1993.

GRZYBOWSKI, L. S. Tentativa de suicídio: intervenção psicológica em hospital do trauma. *Psico*, 28(2):47-60, 1997.

GUERRERO, R. *Programas Desepaz – Desarrollo, Seguridad y Paz: epidemiología de la violencia*. Washington, 1995. (Mimeo.)

GUILLERMO, S. H. *Razão*, *Saúde e Violência – ou a (im)potência da racionalidade médico-científica*, 1998. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

HAMMERSLEY, M. & ATKINSON, P. *Ethnography. principles in practice*. Londres/Nova York: Routledge, 1996.

HARTIGAN, P. La OPS enfoca el problema de la violencia contra la mujer. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2(4):290-294, 1997.

HAYES, M. V. On the epistemology of risk: language, logic and social science. *Social Science and Medicine*, 35(4):401-407, 1992.

HEISE, L.; PITNGUY, J. & GERMAIN, A. *Violence Against Women: the hiden health burden*. Washington: World Bank Discussion Papers 225, 1994.

HELMAN, C. *Cultura*, *Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e a sua utilidade no campo da doença. *Physis*, 1(2):23-36, 1991.

HERZLICH, C. & ADAM, P. *Sociologie de la Maladie et de la Médecine.* Paris: Nathan Université, 1992.

HOFFMANN, L. A morte na infância e sua representação para o médico: reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3):364-374, 1993. (Número temático: Abordagens antropológicas em saúde)

HOGAN, D. E. et al. Emergency department impact of Oklahoma city terrorist bombing. *Annals of Emergency Medicine*, 34(2):160-167, 1999.

HUHNE, L. (Org.) *Metodologia Científica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

IANNI, O. *Teorias da Globalização*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.

JACQUEMOT, A. *Qu'est-ce qu'une urgence? Quelques reflexions sur les definitions biomedicales de l' urgence médicale*. Congresso de Ciências Sociais, 3, 2000, São Paulo (Mimeo.)

JONES, P. K.; JONES, S. L. & YODER, L. Hospital location as a determinant of emergency room utilization patterns. *Public Health Reports*, 97(5):445-451,1982.

JORNAL DO BRASIL. Médico trabalhará 40 horas. Rio de Janeiro, 21 jul. 2000. Caderno Cidade, p.22.

JOUVENCEL, M. R. *Salud*, *Educacion y Violencia*. Madrid: G. J. Knapp, 1987.

KEIM, M. & KAUFMANN, A. F. Principles for emergency response to bioterrorism. *Annals of Emergency Medicine*, 34(2):177-182, 1999.

KICKBUSH, I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: OPAS (Org.) *Promoción de la Salud: una antología*. Washington: Opas, 1996.

KIZER, K. W. et al. Hospitalization charges, costs, and income for firearm-related injuries at an university trauma center. *Journal of the American Medical Association*, 273:1768-1773, 1995.

KLEINMAN, A. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press, 1980.

KLUGE, D. N. et al. The expanding emergency department. *Journal of the American Medical Association*, 191(10):97-101, 1965.

KUHN, T. *A Estrutura das Revoluções Científicas.* São Paulo: Perspectiva, 1970.

LALONDE, M. El concepto de campo de salud: una perspectiva canadiense. In: OPAS (Org.) *Promoción de la Salud: una antología*. Washington: Opas, 1996.

LEAVEL, H. R. & CLARCK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: Mc-Graw-Hill do Brasil, 1976.

LEMAY, A. et al. Analyse économique de l´utilisation des services d´urgence hospitaliers. *Sciences Sociales et Santé*, 14(2):5-37, 1996.

LEMME, A. C.; NORONHA, G. & RESENDE, J. B. A satisfação do usuário em hospital universitário. *Revista de Saúde Pública*, 25(1):41-46, 1991.

LIMA, R. K. Polícia e exclusão na cultura judiciária. *Tempo Social*. *Revista de Sociologia da USP*, 9(1):169-184, 1997.

LUZ, M. T. *As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia.* Rio de Janeiro: Graal, 1986.

LUZ, M. T. et al. I Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, jul. 1992.

MACHADO, C. V. et al. Prevenção primária dos maus-tratos na infância: um desafio para o pré-natal. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 104(1-2):11-15, 1994.

MACHADO, M. H. (Coord.) *Perfil dos Médicos no Brasil: análise preliminar*. Rio de Janeiro: Fiocruz/CFM-MS/Pnud, 1996.

MAGNUSSON, G. The role of proximity in the use of hospital emergency department. *Sociology of Health and Illness*, 2(2):202-214, 1980.

MALONE, R. E. Whiter the almshouse? Overutilization and the role of the emergency department. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 23(5):795-832, 1998.

MANCHETE. Lá vem bala. Rio de Janeiro, 16 nov. 1996: p.34-38.

McCOY, C. B. et al. Injection drug users'practices and attitudes toward intervention and potencial for reducing the transmission of HIV. *Medical Anthropology*, 18:35-60, 1997.

McGONIAL, M. D. et al. Urban firearm deaths: a five-year perspective. *The Journal of Trauma*, 35(4):532-537, 1993.

MEDICI, A. C. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária. In: MÉDICI, A. (Org.) *Recursos Humanos em Saúde*. Rio de Janeiro: Ensp/Abrasco, 1987. (Coleção Textos de Apoio)

MELLO JORGE, M. H. P. *Mortalidade por Causas Violentas no Município de São Paulo*, 1979. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP.

MELLO JORGE, M. H. P. *O Impacto da Violência nos Serviços de Saúde*. Estudo apresentado no grupo de trabalho sobre violência e saúde na América Latina. Rio de Janeiro, 1989. (Mimeo.)

MELLO JORGE, M. H. P. & WALDMAN, E. A. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(1):71-80, 1999.

MERCER, H. As contribuições da sociologia à pesquisa em saúde. In: NUNES, E. (Org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina*. Brasília: Opas, 1985.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCHO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para a saúde pública*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MESQUITA NETO, P. Violência policial no Brasil: abordagens teóricas e práticas de controle. In: PANDOLFI, D. C. et al. (Orgs.) *Cidadania*, *Justiça e Violência*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

MINAYO, M. C. S. *Os Homens de Ferro: estudos sobre os trabalhadores da Vale do Rio Doce em Itabira.* Rio de Janeiro: Dois Pontos, 1986.

MINAYO, M. C. S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S. (Coord.) *Bibliografia Comentada da Produção Científica Brasileira sobre Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Ensp, 1989.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento.* São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(supl. 1):7-181, 1994a.

MINAYO, M. C. S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia. In: JOVCHELOVITCH, S. & GUARESCHI, P. (Orgs.) *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994b.

MINAYO, M. C. S. & DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1):35-42, 1998.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3):239-262, 1993.

MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R. Violência para todos. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(1):65-78, 1993.

MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva.* 4(1):7-23, 1999.

MINAYO, M. C. S et al. *Fala Galera. Violência*, *Juventude e Cidadania na Cidade do Rio de Janeiro.* Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

MIR, L. *Projeto Trauma*. In: Semana Nacional do Trauma. São Paulo, 1999. (Mimeo.)

MISSE, M. Ligações perigosas: mercado informal ilegal, narcotráfico e violência criminal no Rio. C*ontemporaneidade e Educação*, II, 1, 1997. Disponível em: <http://www.ufrj.ifcs.br>. Acesso em jun. 2000.

MISSE, M. O final da cadeia: interpretações da violência no Rio. In: BRANCO, G. C. & NEVES, L. F. (Orgs.) *Michel Foucault: da arqueologia do saber à estética da existência.* Rio de Janeiro e Londrina: CCBB/UEL/NAU, 1998. Disponível em: <http://www.ufrj.ifcs.br>. Acesso em jun. 2000.

MONTGOMERY, B. J. A capsule history of US emergency medical care. *Journal of the American Medical Association*, 243(10):10-19, 1980.

MORBITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT (MMWR). Emergency department response to domestic violence. California, 1992. *MMWR*, 42(32):617-621, 1993.

MORBITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT (MMWR). Emergency department surveillance for weapon-related injuries: Massachusetts. *MMWR*, 44(9):160-163, 1995.

MORBITY MORBITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT (MMWR). Trens in rates of homicides: United States, 1985-1994. *MMWR*, 45(22):460-464, 1996.

MORIN, E. *Ciência com Consciência.* Mira-Sintra: Publicações Europa-América, 1994a.

MORIN, E. *O Problema Epistemológico da Complexidade*. Mira-Sintra: Publicações Europa-América, 1994b.

MOSSÉ, P. L' analyse économique de l' urgence: une construction sociale. *Sciences Sociales et Santé*, 14(2):39-45, 1996.

NÁJERA, E. La salud pública, una teoría para una práctica? Se precisa su reconstrucción? In: OPS. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington, 1992. (Publicación científica nº 540)

NEWSWEEK. Crime as American as a colt. 45. *Newsweek*, 15:8-9, 1994.

NOGUEIRA, R. P. Força de trabalho em saúde. In: MÉDICI, A. (Org.) *Recursos Humanos em Saúde*. Rio de Janeiro: Ensp/Abrasco, 1987. (Coleção Textos de Apoio)

NOVELLO, A. C. From the surgeon general US public health service. *Journal of the American Medical Association*, 267(22):3007, 1992.

NUNES, E. D. *Violência e morte: revisando o tema*. In: Seminário Latino-Americano de Medicina Social, 3, 1984, Ouro Preto. (Mimeo.)

NUNES, E. D. (Org.) *Pensamento Social em Saúde na América Latina.* São Paulo: Cortez, 1989.

O DIA. Pronto-socorro da violência: bandidos aterrorizam os médicos de plantão nas emergência dos hospitais da rede pública. Rio de Janeiro, 2 jul. 2000. Caderno Polícia, p.24.

O GLOBO. Violência freia o crescimento da AL. Rio de Janeiro: 17 mar. 1998. Caderno Economia, p. 21.

OLIVEIRA, S. M. L. *Violência no Rio de Janeiro: desordem e caos social na cidade maravilhosa.* Rio de Janeiro: Cadernos Iuperj, [s/d].

ONG, L. et al. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40(7):903-918, 1995.

ORDOG, G. J.; WASSERBERGER, J. & ACKROYD, G. Hospital costs of firearm injuries. *The Journal of Trauma*, 38:291-298, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Salud Mundial. Genebra: PAHO, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPS). Violencia un problema de salud pública: mensaje del diretor. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 115(5): i, 1993.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPS). Salud y violencia: plan de acción regional. Washington: PAHO, 1994.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPS). Situación de salud en las Americas. Washington: División de Salud y Desarrolo Humano, PAHO/1995.

PANDOLFI, D. C. Percepção dos direitos e participação social. In: PANDOLFI, D. C et al. (Orgs.) *Cidadania, Justiça e Violência*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

PARSONS, T. *The Social System*. Nova York: Free Press of Glencoe, 1970.

PEIRANO, M. *A Favor da Etnografia*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.

PENEFF, J. *L´Hôpital en Urgence: étude par observation participante*. Paris: Édition Metailié, 1992.

PERCIACCANTE, V. J.; OCHS, H. & DODSON, T. B. Head, neck, and facial injuries as markers of domestic violence in women. *J. Oral Maxillof Surg*, 57(7):760-762, 1999.

PETERSEN, C. Medical slang in Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(4):671-682, 1998.

PHILIPS, B. S. *Pesquisa Social. Estratégias e Táticas*. Rio de Janeiro: Agir, 1974.

PINHEIRO, P. A Violência do Rio às Portas da Emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(Supl. 1):223-225, 1994.

PINHEIRO, P. S. Violência, crime e sistemas policiais em países de novas democracias. *Tempo Social*. *Revista de Sociologia da USP*, 9(1):43-52, 1997.

PIRES, D. *Processo de Trabalho em Saúde no Brasil*, *no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho*, 1996. Tese de Doutorado, *São Paulo:* Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.

PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1994.

PORTUGAL, L. S. & SANTOS, M. P. S. Trânsito urbano: A violência e o seu contexto político. *Revista de Administração Pública*, 25(3):185-97, 1991.

POWER, R. et al. An ethnography of risk management amongst ilicit drug injectors and implications for development of community-based interventions. *Sociology of Health & Illness*, 18(1):86-106, 1996.

POWERS, L. S. Hospital emergency service and the open door. In: NOBLE, J. H.; WECHSLER, H.; MONTAGNE, M. E. & NOBLE, M. A. (Eds.) *Emergency Medical Services: Behavioral and planning perspectives*. Nova York: Behavioral Publications, 1973.

PRATA, P. R. A. Transição epidemiológica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 8(2):168-75, 1992.

RANGEL, M. L. Saúde do trabalhador. Identidade dos sujeitos e representações dos riscos a saúde na indústria petroquímica. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3):333-348, 1993.

RANKINS, R. C. & HENDEY, G. W. Effect of a security system on violent incidents and hidden weapons in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 33(6):676-679, 1999.

RHODES, T. Risk theory in epidemic times: sex, drugs and the social organization of 'risk behavior'. *Sociology of Health & Illness*, 19(2):208-227, 1997.

RIBEIRO, C. D. M. *Quem vale a pena? Valores Éticos e Disponibilidade de Recursos: representações acerca de políticas públicas de atenção ao paciente renal crônico*, 1998. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz.

RIBEIRO, H. P. *O Hospital: História e crise.* São Paulo: Cortez, 1993.

RICOEUR, P. *Interpretação e Ideologias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990. (Tradução e compilação de H. Japiassu)

RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). *Saúde em Foco*, 13:7-9, 1996.

RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). *Saúde em Foco*, 18, 1998.

RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). Disponível em: <http://www.gov.br/sms/novosite>. Acesso em fev. 2000.

RODRIGUES, J. A. Imagens da ordem e da violência na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: *Cadernos Iuperj*, s.d.

ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Ed. Unesp, 1994.

ROSENBERG, M. L.; CARROLL, P. W. & POWELL, K. E. Let's be clear: violence is a public health problem. *Journal of the American Medical Association*, 267(22):3071-3072, 1992.

ROTH, J. A. Some contingencies of the moral evaluation and control of clientele: the case of the hospital emergency service. *American Journal of Sociology*, 77(5):839-857, 1972.

SAINES, J. C. Violence and aggression in A & E: recommendations for action. *Accid. Emerg Nurs.*, 7(1):8-12, 1999.

SANJEK, R. Ethnography. In: BERNARD, A. & SPENCER, J. (Eds.) *Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology*. Londres: Routledge, 1996.

SANTORO JR, M. Vitimização física: a conduta médica. In: AZEVEDO, M. A. & GUERRA, V. N. (Orgs.) *Crianças Vitimizadas – a síndrome do pequeno pode*r. São Paulo: Iglu, 1989.

SANTOS, H. O. *Crianças Violadas*. São Paulo: FCBIA, 1991.

SANTOS, J. V. T. A arma e a flor: formação da organização policial, consenso e violência. *Tempo Social*. *Revista de Sociologia da USP*, 9(1):155-168, 1997.

SANTOS, L. C. R. *Lesão Traumática da Medula Espinhal*, 1989. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SATO, L. O conhecimento do trabalhador e a teoria das representações sociais. In: CODO, W. & SAMPOIO, J. J. C. (Orgs.) *Sofrimento Psíquico nas Organizações: saúde mental e trabalho*. Petrópolis: Vozes, 1995.

SCHUTZ, A. *Fenomenologia e Relações Sociais*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SERFATY, E. Suicidio en la adolescencia. *Revista Adolescencia Latinoamericana*, 1(2):105-110, 1998.

SILVA, C. O. *Curar adoecendo: um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da saúde*, *da inventividade e da vida,* 1994. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Ensp/ Fiocruz.

SKABA, M. M. V. F. *O vício da adrenalina: etnografia da violência num hospital de emergência*, 1997. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.

SKLIAR, L. *Sociologia do Sistema Global.* Petrópolis: Vozes, 1995.

SKOLNICK, A. A. Congress acts to resuscitate nation's financially ailing trauma care systems. *JAMA*, 267(22):2994-2995, 1992.

SOARES, L. E. *O Rigor da Indisciplina: ensaios de antropologia interpretativa.* Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

SOARES, L. E. et al. Criminalidade urbana e violência: o Rio de Janeiro no contexto internacional. In: SOARES, L. E. (Org.) *Violência e Política no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Iser/Relume Dumará, 1996.

SOBANIA, L. C. A ética na emergência. *Desafios Éticos*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1993.

SOLBERG, Y. et al. Terror in Japan: mass-intoxication with the nerve-agent sarin. *Harefuah*, 135(7-8):268-271, 1998. Disponível em: <http://www.bireme.br/egi-bin/IAH2>. Acesso em jul. 2000.

SOUSA SANTOS, B. *Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 1996.

SOUZA, E. R. *Violência velada e revelada: estudo epidemiológico da mortalidade por causas externas em Duque de Caxias/RJ*, 1991. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz.

SOUZA, E. R. & MINAYO, M. C. S. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) *Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec, 1994.

SPERBER, D. *O Saber dos Antropólogos.* Lisboa: Edições 70, 1992. (Coleção Perspectivas do Homem)

STRAUSS, A. et al. The hospital and its negotiated order. In: FRIEDSON, E. (Ed.) *The Hospital in Modern Society*. Londres: The Free Press of Glencoe, 1963.

SVENSSON, R. The interplay between doctors and nurses: negotiated order perspective. *Sociology of Health and Illness*, 18(3):379-398, 1996.

SZWARCWALD, C. L. & CASTILHO, E. A. Mortalidade por armas de fogo no estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise espacial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 4(3):161-170, 1998.

TARRIDE, M. I. *Saúde Pública: uma complexidade anunciada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

TERRIS, M. *Promoción de la Salud: una antologia*. Washington: Opas, 1996.

TORRENS, P. R. & YEDVAB, D. G. Variations among emergency room populations: a comparison of four hospitals in New York City. In: NOBLE, J. H. et al. (Eds.) *Emergency Medical Services: behavioral and planning perspectives*. Nova York: Behavioral Publications, 1973.

TRIVIÑOS, A. N. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1990.

ULLMANN, R. A. *Antropologia: o homem e a cultura*. Petrópolis: Vozes, 1991.

UNITED STATES. Department of Health and Human Services Emergency Department response to domestic violence: California, 1992. *Morbity and Mortality Weekly Report*, 42(32):617-620, 1993.

VELHO, G. Violência, reciprocidade e desigualdade: uma perspectiva antropológica. In: VELHO, G. & ALVITO, M. (Orgs.) *Cidadania e Violência*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ/Editora FGV, 1996.

VERGÈS, P. Representaciones y determinación social. *Fermentum*, 20:15-30, 1997.

VIANA, S. V. Perspectiva relacional no estudo do processo de trabalho em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(4):616-619, 1995.

VIANNA, H. *O Mundo Funk Carioca*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

WAGNER, H. R. Introdução. In: SCHUTZ, A. (Org.) *Fenomenologia e Relações Sociais*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

WALLER, J. A.; SKELLY, J. M. & DAVIS, J. H. Characteristics, costs, and effects of violence in Vermont. *The Journal of Trauma*, 37:921-927, 1994.

WEBER, M. Bureaucracy. In: GRUSKI, O. & MILLER, G. (Eds.) *The Sociology of Organizations*. Londres: The Free Press, 1970.

WEBER, M. *Metodologia das Ciências Sociais*. São Paulo/Campinas: Cortez/Editora da UNICAMP, 1992.

WERNECK, G. & REICHENHEIM, M. Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro, 1985: as mortes violentas em questão. *Estudos em Saúde Coletiva* (Instituto de Medicina Social/Uerj), 4, 1992.

WIEVIORKA, M. O novo paradigma da violência. *Tempo Social. Revista de Sociologia da USP*, 9(1):5-42, 1997.

WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine*, 38(4):509-516, 1994.

WINTEMUTE, G. J. & WRIGHT, M. A. Initial and subsequent costs of firearm injuries. *The Journal of Trauma*, 33:556-560, 1992.

YARNOLD, P. R. et al. Predicting patient satisfaction: a study of two emergency departments. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(6):545-563, 1998.

YNOUB, R. C. Caracterización de los servicios de atención en violencia familiar del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1) 71-83, 1998.

YUNES, J. Mortalidad por causas violentas en la región de las Americas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 114(4):302-16, 1993.

YUNES, J. & RAJS, D. Tendencia de la mortalidad por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jóvenes de la región de las Américas. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(supl. 1):88-125, 1994.

ZOLA, I. Problems of communication, diagnosis and patient care: the interplay of patient, physician and clinic organization. In: NOBLE, J. H. et al. (Eds.) *Emergency Medical Services: behavioral and planning perspectives.* Nova York: Behavioral Publications, 1973.